

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

Châteauroux. — Typ. et Stér. A. Majesté et L. Bouchardeau. A. Mellottée, sucr.

19e ANNÉE. 2e SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1881 à 1896)

REVUE BI-MENSUELLE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École Dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

TOME XXII
2e semestre 1899

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS

19e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1899 IIe Série. Vol. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

QUELS SONT LES ORGANES CONCOURANT A LA NUTRITION D'UN INDIVIDU ?

DU ROLE DES DENTS ET DES MODIFICATIONS QU'ELLES PEUVENT SUBIR SUIVANT LE DEGRÉ DANS L'ÉCHELLE ZOOLOGIQUE DE L'ESPÈCE ÉTUDIÉE.

Par M. J. Choquet,

Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 11 avril 1899).

L'étude d'un être animé, quel qu'il soit, plante, microbe ou mammifère, présente dans son ensemble des éléments, non pas seulement intéressants, mais réellement passionnants. Pour ne citer qu'un exemple, le phénomène physiologique sans le secours duquel toute espèce vivante viendrait à s'éteindre, la nutrition, en un mot, est un des côtés les plus attrayants de cette étude.

Que cette nutrition s'opère, suivant les espèces, d'une façon ou d'une autre, par absorption, par oxygénation ou par mastication, le but qui sera toujours visé sera d'apporter à cet organisme des matériaux qu'il pourra s'assimiler et grâce auxquels il pourra non seulement vivre, mais encore se reproduire.

Vouloir étudier les changements, les transformations que subissent les matériaux destinés à l'alimentation, au

cours de leur passage à travers l'organisme, tel n'est pas notre but. Nous nous sommes seulement proposé d'étudier au point de vue des fonctions digestives quels sont les organes qui concourent à opérer, à faciliter la nutrition de l'être animé, si infime soit-il.

Nous avons voulu bien spécifier, bien définir, quelles différences étranges peuvent exister dans la forme, la composition, la structure anatomique du canal alimentaire dans toute son étendue, depuis l'orifice par lequel sont introduites les matières nutritives, jusqu'à l'orifice par lequel elles sont rejetées, après avoir abandonné à l'organisme ainsi parcouru les produits que celui-ci a jugés utiles à son alimentation. Et dans notre étude nous nous sommes appesanti tout spécialement sur le nombre, la forme, la structure et la situation d'organes que nous sommes appelés à étudier journellement, nous voulons parler des dents.

A cet effet, nous avons surtout voulu définir d'une manière exacte, précise, à quel moment, dans quelle classe de l'ordre zoologique, les dents, considérées comme organes masticateurs, et de nutrition par conséquent, viennent à cesser d'exister d'une manière effective. Nous nous sommes attaché à bien définir par quels organes transformés insensiblement les dents, organes préhensiles, masticateurs, viennent à être remplacées et comment la nutrition et la conservation de l'individu peuvent s'opérer.

Nous admettrons que le principal rôle dévolu à ces organes est, du moins dans les espèces tout à fait supérieures, un rôle purement de nutrition. Mais ce n'est pas le seul qui incombe aux dents, et, suivant les espèces, tantôt on se trouvera en présence d'organes spécialement destinés à l'alimentation, témoin l'homme, tantôt en présence de dents destinées à l'alimentation et à la défense : exemple, les défenses de l'éléphant, les boutoirs du sanglier. D'autres fois, ces organes serviront encore en même temps qu'à la nutrition et à la défense, à la motricité de l'individu : témoin, les défenses de la vache marine.

D'autres fois enfin, outre les rôles nutritif et défensif, les

dents possèderont une autre fonction non moins importante : elles serviront chez certaines espèces à faciliter la copulation ; telles sont les incisives des principaux rongeurs : lapins, lièvres, rats, souris, etc.

Dans certains cas, enfin, les dents serviront à la préhension des aliments ; exemple : les incisives inférieures du mouton, qui n'ont d'autre but que de couper, d'arracher l'herbe qui sera ensuite broyée et triturée par les molaires.

Voilà donc, rapidement esquissés, quels sont les rôles principaux dévolus aux dents.

Si nous prenons la dent de l'homme comme prototype, nous voyons qu'au fur et à mesure que nous descendons dans l'échelle zoologique, au fur et à mesure que l'angle facial diminue, ces organes présentent des modifications de plus en plus grandes ; nous pouvons même dire des transformations véritables, comme on pourra du reste s'en rendre compte plus loin.

Le but visé et atteint sera toujours le même, la nutrition ; mais plus l'on étudiera des animaux d'ordre inférieur et plus ces dents subiront de transformations, si bien qu'à un moment donné la dent, considérée en elle-même comme organe dur, n'existera plus, mais sera remplacée par des organes en différant complètement par leur forme et par leur structure.

Il en sera de même pour le canal digestif.

A notre avis, on peut dire que les différences commencent à être très appréciables du moment où l'on n'a plus affaire à des organes calcifiés, mais bien à des organes cornés ou de nature encore ignorée.

A peu d'exceptions près, tous les mammifères ont des dents. Il ne faut en excepter que les baleines et certaines espèces de l'ordre des édentés, témoin les fourmiliers, les tamanoirs, chez lesquels la nutrition se fait simplement au moyen de la langue. Chez la baleine il y a absorption directe des aliments et tamisage de ceux-ci au moyen des fanons.

Si, des mammifères, nous venons à étudier des espèces moins élevées, nous voyons tout de suite quelles différences

peuvent se produire dans la structure des dents et dans le mode d'alimentation.

Prenons par exemple le premier individu chez lequel il existe des dents ne servant pas à la mastication, mais exclusivement à la préhension. Prenons un serpent quelconque, mais principalement une espèce venimeuse.

Chez ces animaux il n'existe pas d'organes masticatoires propres. Il y a ingurgitation de la proie, de la nourriture, sans que celle-ci ait subi au préalable une préparation quelle qu'elle soit. Aussi, au point de vue de la structure anatomique, trouvons-nous déjà des changements considérables. Il n'existe plus, comme chez l'homme et les principaux mammifères, une réunion de trois tissus durs, l'émail, la dentine et le cément, creusés dans la partie centrale d'une cavité contenant un organe mou, vasculaire, destiné à donner la vie à la dent : la pulpe dentaire.

Nous ne rencontrons ici qu'un organe composé d'une masse centrale de dentine, laquelle est recouverte par une très mince couche d'émail, quelquefois imperceptible.

Chez les serpents venimeux la dent principale ou crochet est cannelée dans toute son étendue, mais ce canal est vide et ne contient pas de pulpe dentaire. Il ne sert qu'à l'écoulement du venin, et l'organe pulpaire, pour ainsi dire rudimentaire, n'est localisé que dans les 2/3 de la périphérie de la face postérieure de l'organe.

Suivant les espèces qu'on étudie, les dents postérieures sont ou pleines ou canaliculées. On a du reste établi des classifications spéciales à cet effet.

Nous pourrions, immédiatement après les serpents, étudier les poissons au même point de vue, mais nous ne le ferons pas, car certaines espèces possèdent de véritables organes masticateurs, destinés à triturer, à broyer les aliments avant leur ingurgitation : témoin les dents pharyngiennes de la carpe.

Il nous faudra donc, laissant de côté les vertébrés, entrer dans l'étude des êtres tout à fait inférieurs et *c'est ici que, quittant les dents proprement dites,* nous allons nous

trouver en présence d'organes de formes différant totalement de ceux que nous sommes habitués à rencontrer.

A part quelques très rares exceptions, nous ne rencontrerons plus d'organes masticateurs, mais bien des organes fixateurs, attractiles. De calcifiées qu'étaient les dents, ces organes deviendront cornés, calcaires, muqueux, protoplasmiques. Ce ne seront plus des dents, ni même des organes dentiformes, mais en un mot ce seront des organes de nutrition.

Nous ne voulons et nous ne pouvons certainement pas comparer les pseudopodes dont sont munis les amibes aux dents de l'homme ou même à celles d'animaux inférieurs, mais nous sommes cependant forcés de reconnaître, si l'on suit une gradation successive et insensible, en allant de l'être inférieur vers l'être supérieur, qu'il existe une certaine analogie entre ce pseudopode et cette dent calcifiée.

Si maintenant nous venons à étudier le premier type d'organe corné, nous le rencontrerons chez un individu où il ne remplit pas le rôle de dent, mais bien celui de moyen d'attache sous le nom de crochet. Ces crochets servent à l'animal à se fixer dans une partie quelconque de l'organisme d'une façon absolument stable. Grâce à eux, il pourra absorber tout à son aise par endosmose les produits dans lesquels il baignera pour ainsi dire constamment. Tel est le cas du tænia.

Au fur et à mesure que nous descendrons dans l'échelle zoologique et que nous verrons disparaître et dents et maxillaires, ces crochets, de durs qu'ils sont, deviendront mous, flexibles, préhensibles. Ils se transformeront en tentacules et serviront de véritable orifice buccal. Puis, ces tentacules se transformeront elles-mêmes en antennes, en pseudopodes, en cils vibratiles. Ces deux dernières transformations, outre leur rôle tactile, joueront encore un rôle préhensible. Ce sont elles, qui, après qu'elles auront reconnu, palpé la proie, l'amèneront insensiblement vers l'orifice.

Ces phénomènes de nutrition ne sont pas sans varier suivant les espèces qu'on étudie.

Plus les animaux étudiés seront élevés et plus ces phénomènes seront complexes.

Chez ceux-ci la nutrition ne s'opérera pas par la simple introduction dans l'organisme d'un corps susceptible de se laisser dissoudre : elle entraînera avec elle divers phénomènes qui ne pourront se produire que suivant la présence de certains organes allant en s'atrophiant ou en disparaissant complètement à mesure qu'on se rapproche des êtres les plus inférieurs.

Ces organes peuvent se diviser en organes de préhension, de mastication, de digestion, de formation du sang, de circulation, de respiration et d'excrétion.

Nous passerons rapidement sur l'étude de la plupart de ces organes et nous ne nous attacherons réellement qu'à l'étude de ceux de la mastication proprement dite.

Voyons donc aussi rapidement qu'il est possible quelles différences peuvent présenter les organes digestifs suivant les espèces.

Prenons comme premier exemple des amibes ou des rhizopodes. Cette cellule, cet être, tout en présentant la propriété de s'entrouvrir pour absorber ses aliments, ne s'entrouvrira que lorsque ceux-ci auront été saisis et amenés à sa portée au moyen des pseudopodes dont il est armé. Ces pseudopodes, véritables cils vibratiles préhensibles, ne sont autre chose que des prolongements du sarcode.

Dans les deux espèces qui viennent d'être décrites, il n'existe pas d'organes spéciaux de nutrition, non plus que de cavité buccale. C'est la cellule en totalité qui agit, qui prend les matériaux d'alimentation en entrouvrant son protoplasma, en les englobant dans celui-ci, en les digérant et en les rejetant une fois qu'ils ne possédent plus aucune des qualités nécessaires à la nutrition.

Elevons-nous encore un peu dans l'échelle zoologique et voyons ce qui se passe chez les infusoires.

Ici nous ne rencontrons plus un protoplasma d'une consistance uniforme comme précédemment, mais au contraire un protoplasma à demi-fluide, l'endoplasma, formant la

partie centrale de l'individu et recouvert sur toute sa périphérie par une couche plus dense, l'ectoplasma, qui est munie de plusieurs rangées de cils circumbuccaux.

Comme l'indique la définition précédente, nous rencontrons ici une variation notable dans la conformation de l'organisme ; nous nous trouvons en présence d'un orifice buccal.

En outre, il existe aussi un orifice anal.

Les matériaux d'alimentation sont donc amenés à l'orifice de la cavité buccale non seulement par les cils qui se trouvent à la périphérie de cet orifice,mais encore par tous ceux qui entourent la couche ectoplasmique. Il faut en outre remarquer que ces cils sont beaucoup plus développés au voisinage de la cavité buccale et qu'ils servent à occasionner un véritable tourbillon qui attirera forcément la proie vers cet orifice.

Quant au tube digestif lui-même, il est réduit pour ainsi dire à sa plus simple expression. Il existe un pharynx dans lequel les matières alimentaires sont broyées. De là, alors qu'elles sont réduites en bouillie, elles pénètrent dans le parenchyme interne, où elles sont digérées grâce à un mouvement de rotation continuel occasionné par la contractilité du corps de l'animal et enfin elles sont expulsées par l'orifice anal. Le tube digestif ne possède pas de parois propres. Il est creusé dans l'épaisseur même de l'animal.

Les coelentérés, dont les formes les plus typiques sont représentées par les polypes et les méduses, nous offriront encore des améliorations dans la conformation du tube digestif. Chez ces animaux la portion centrale du corps sert de poche digestive.

Cette poche n'est pas lisse comme on pourrait le croire, mais présente au contraire des diverticula placés sur toutes les parois, diverticula dans lesquels s'opère la digestion.

Malgré ces replis, ces anfractuosités, le tube digestif n'a pas encore de parois propres. Néanmoins la digestion des aliments est facilitée par le liquide secrété par la paroi

interne du corps de l'animal qui tapisse le canal digestif.

Si nous jetons un coup d'œil rapide sur l'ensemble de la constitution de l'animal, nous voyons qu'au point de vue des tissus, ces espèces sont bien supérieures à celles étudiées précédemment.

Le protoplasma qui formait la majeure partie du corps de l'individu s'est transformé en tissus parmi lesquels on trouve des muscles, soit lisses, soit striés, des nerfs, du tissu conjonctif et quelquefois même un squelette cartilagineux. Comme moyens de préhension, des tentacules simples, qui manquent cependant quelquefois.

Les anthozoaires, que nous étudierons immédiatement après les coelentérés, nous présenteront encore des différences sensibles au point de vue de la structure des organes digestifs. La cavité gastro-vasculaire décrite précédemment n'est plus la cavité, le canal qui traverse le corps de part en part sans posséder de parois propres. Elle n'est plus lisse ou creusée de quelques diverticula, mais au contraire partagée par de nombreuses cloisons en un grand nombre de loges verticales qui communiquent toutes entre elles par leur partie inférieure pour envoyer ensuite des ramifications vasculaires dans toute l'étendue du corps de l'animal.

L'orifice buccal est entouré d'une rangée de tentacules non plus simples, mais bifides. A la partie inférieure de cet orifice buccal on remarque un véritable sphincter par lequel seront introduits les aliments et par lequel ils seront expulsés sous forme d'excréta.

Comme on peut le voir, jusqu'ici nous n'avons eu pour ainsi dire affaire qu'à des espèces simples, se nourrissant d'aliments très simples, eux aussi. Nous n'avons pas encore rencontré d'animaux broyant leur nourriture au moyen d'organes cornés ou calcifiés. Enfin, nous n'avons trouvé que des espèces à canal digestif très simple, espèces chez lesquelles l'introduction et l'excrétion des aliments se fait en règle générale par le même orifice.

Au fur et à mesure que nous allons étudier des espèces

différentes et de plus en plus élevées dans l'ordre zoologique, nous allons rencontrer un canal digestif mieux défini, faisant pour ainsi dire partie séparée de l'organisme. Nous commencerons à trouver des organes dentiformes, tantôt calcaires, tantôt cornés, qui ne serviront pas encore à broyer les aliments, mais seulement à les maintenir en place pour faciliter leur absorption.

Ces organes dentiformes permettront à l'animal de s'accrocher à un individu ou à une portion quelconque de l'individu et d'y vivre en parasite. Tel est le cas du tænia que nous citions plus haut.

Si, nous venons à étudier les nématodes, nous voyons que ces animaux, d'ordinaire à corps cylindrique, allongé, sont munis d'une bouche et d'un canal digestif. L'orifice buccal ou plutôt la bouche est situé à la partie antérieure et présente à sa périphérie toute une série de piquants et de crochets. Quelquefois même on rencontre à l'intérieur de la cavité buccale un véritable aiguillon. Immédiatement au-dessous de la bouche, il existe un véritable œsophage étroit, qui aboutit au canal digestif proprement dit, lequel conduit à l'anus situé à la partie postérieure de l'animal.

On peut, dans certains cas, rencontrer chez des embryons des organes transitoires, *tels qu'une dent*, de même que chez certaines espèces on peut trouver à la partie moyenne du pharynx une véritable armature dentaire tridentée.

Voici donc un être encore très inférieur qui est le premier à nous présenter un organe dentiforme intéressant à étudier. Continuons l'étude que nous avons entreprise.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes trouvé en présence que d'animaux possédant un orifice buccal ou une cavité buccale, armée ou non d'appareils dentiformes. Suivant les espèces nous avons rencontré ou non un œsophage, un pharynx, quelquefois armés de véritables dents, puis enfin un tube digestif et un anus ; mais nous n'avons pas encore trouvé de mâchoires proprement dites.

Ces organes, absents jusqu'ici, nous allons commencer à les rencontrer à l'état rudimentaire chez les arthropodes.

Chez ces animaux, le corps est divisé en trois régions : la tête, le thorax et l'abdomen.

La tête renferme le cerveau et les organes de la bouche, qui peuvent se diviser en antennes et en organes masticateurs qui forment la plupart du temps deux véritables paires de mâchoires.

Ici, l'appareil digestif occupe une place particulière. Ce n'est plus le sac que nous avons rencontré chez les anthozoaires et les autres espèces, mais bien un véritable canal digestif avec ses différents organes. La cavité buccale est située à la partie antérieure et inférieure de la tête. On y trouve une lèvre supérieure mobile, permettant à l'animal soit de faire la succion, soit de piquer, soit de mâcher, grâce aux mâchoires elles-mêmes. Puis vient l'œsophage qui précède l'estomac. Celui-ci peut être tantôt rectiligne et tantôt présenter de véritables replis, inflexions et circonvolutions.

Ces deux portions peuvent encore présenter des glandes salivaires, ainsi que des appendices hépatiques. Enfin, faisant suite à l'estomac, se présente l'intestin, qui peut déboucher soit par la face supérieure, soit sur la face inférieure et postérieure de l'animal. On rencontre même des organes de secrétion urinaire.

Si maintenant nous venons à étudier les insectes, nous verrons que plus nous nous élèverons dans notre étude et plus nous rencontrerons un tube digestif distinct, avec toute ses annexes.

Bref, nous arriverons aux vertébrés par gradations successives, en embrassant toutes les classes et toutes les familles, pour parvenir enfin aux mammifères et à l'homme dont nous avons pris le tube digestif comme prototype.

Mais, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne voulons qu'effleurer la description de ces organes et nous cantonner pour ainsi dire exclusivement dans l'étude des organes masticateurs.

Nous savons déjà que les dents, outre leur rôle nutritif, sont encore appelées à rendre d'autres services ; nous ne

reviendrons donc pas sur ce sujet ; mais, si nous envisageons la morphologie, la structure et la situation de ces organes, est-ce que nous trouverons toujours semblables ces caractères ? Non, certainement. Suivant les espèces, nous nous trouverons en présence d'organes calcaires, tels les piquants situés au pourtour de l'orifice buccal de l'oursin ; nous rencontrerons d'autres fois de véritables crochets cornés, comme chez le tænia. D'autres fois enfin, nous aurons à étudier des dents calcifiées, comme chez l'homme et les principaux mammifères.

De même ces dents n'auront pas toujours la même forme ni la même structure. Nous aurons à étudier des dents en forme de pointe comme celles des ésocidés ; en forme de poignard comme celles des requins ; en forme de triangle comme celles des lézards ; en forme de pavés comme celles des myliobates. Dans d'autres cas, nous aurons à étudier des dents d'une longueur démesurée, par exemple la défense de l'éléphant, la dent rostrale du narval. D'autres fois les dents seront d'un volume énorme, par exemple les molaires de la plupart des pachydermes. Puis ces dents pourront ne pas présenter de racines ; elles pourront être réduites à une simple lame cornée, tout en présentant l'aspect d'une dent normale, rester molles et flexibles comme les molaires de l'orycteropus.

Nous ne parlons pas bien entendu de la dent de l'homme, que nous connaissons tous. D'autres fois, nous rencontrerons des dents disposées en brosses, en cardes, telles les dents pharyngiennes de certains poissons. D'autres fois, enfin, ces dents pharyngiennes seront en forme de boules comme chez la carpe.

Puis, si nous venons à étudier la structure de ces organes, nous la trouverons bien différente aussi suivant les espèces : tantôt nous trouverons des crochets cornés, d'autres fois des dents calcifiées. Ces dents calcifiées seront ou non recouvertes d'émail ; elles seront ou ne seront pas recouvertes de cément. Elles présenteront des modifications étranges dans la dentine, qui pourra être ou de la dentine ordinaire,

ou de la vaso-dentine, ou de l'ostéo-dentine, ou de la plicidentine, quoique cette dernière ne soit guère rencontrée que dans les dents d'animaux antédiluviens, ou bien encore de la labyrintho-dentine comme chez le brochet d'Amérique.

De même, tantôt cette dentine pénétrera dans l'émail au moyen de ses canalicules et tantôt elle s'arrêtera net à la limite de celui-ci. D'autres fois, on se trouvera en présence d'émail pouvant se cliver et, dans d'autres cas, on ne rencontrera qu'un émail vitreux déposé en couche excessivement mince et presque imperceptible sur la face externe de certaines dents; quelquefois on ne trouvera qu'une simple lame cornée.

On trouvera en un mot toutes les variations possibles dans les tissus qui composent la dent.

Il en sera de même pour la situation de celles-ci, leur répartition le long du canal digestif ou dans les parties environnantes de ce canal.

(A suivre.)

UN PROGRÈS DANS LA PHARMACOPÉE DE NOS INJECTIONS INTRADERMIQUES DE COCAINE

Par M. JEAY,

Chef de clinique d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, Séance du 6 juin 1899.)

J'ai le désir de signaler à votre attention une petite innovation appelée, je crois, à apporter un véritable progrès dans la pratique de nos injections hypodermiques. Il s'agit des Stérilampoules de MM. Schrader et Liaudois, qui ont eu les premiers l'idée de mettre à la disposition des dentistes des tubes de verre scellés contenant des solutions des médicaments divers, utilisés en injections dans notre pratique, à l'exemple du serum artificiel et des glycéro-phosphates.

Ces médicaments sont dissous dans le véhicule le plus favorable; la solution est filtrée, répartie dans les ampoules; celles-ci sont scellées, puis stérilisées à la vapeur d'eau sous pression.

Je désire attirer votre attention sur les avantages de ces ampoules spécialement en pratique dentaire.

Jusqu'à ce jour nos solutions de cocaïne étaient préparées soit extemporanément, soit d'avance pour un certain nombre d'injections.

Dans le premier cas on se servait des paquets paraffinés qu'on trouve dans le commerce. On faisait bouillir la quantité d'eau stérilisée nécessaire, on laissait refroidir et on dissolvait l'alcaloïde. Ces manipulations sont fastidieuses, elles font perdre à l'opérateur un temps précieux. D'autre part les paquets sont divisés à la main et contiennent des doses absolument variables de l'alcaloïde. Nul pharmacien, si habile soit-il, distribuant un gramme de sel en cent paquets ne parviendra à placer un centigramme dans chacun d'eux, et les écarts peuvent être énormes.

Que dire des solutions préparées à l'avance en vue d'un

2

certain nombre d'injections? Tous les praticiens savent avec quelle facilité elles s'altèrent, envahies par des micro-organismes divers : mucor mucedo, penicillium glaucum, aspergillus niger y végètent rapidement. La résultante est la perte du pouvoir analgésique ou tout au moins la septicité de la solution. Au point de vue économique, vous calculerez la perte occasionnée lorsqu'on jette une solution altérée.

Les stérilampoules dont je vous entretiens ont résolu le problème. Leurs avantages sont les suivants :

Asepsie parfaite de leur contenu,

Conservation indéfinie,

Volume réduit,

Dosage rigoureux obtenu par une division mécanique,

Commodité de l'emploi. Il suffit de briser les pointes à l'endroit où un trait de lime a été tracé à cet effet et de déverser le contenu dans un récipient stérile où la seringue stérile viendra le puiser. On peut même, en ne brisant que l'une des pointes, aspirer directement avec la seringue armée de l'aiguille et en inclinant convenablement l'ampoule. Mais ce dernier procédé est peu applicable pour notre pratique dentaire, la finesse de nos aiguilles en constituant l'obstacle.

Depuis quelques mois déjà l'Ecole Dentaire de Paris a remplacé ses solutions quotidiennes très onéreuses par les Stérilampoules.

On a bien douté un moment que la cocaïne stérilisée garde ses propriétés anesthésiques. Reclus n'a-t-il pas écrit en deux endroits de son traité sur la cocaïne que celle-ci se transformait en ecgonine au contact de l'eau bouillante? Le fait est peut-être vrai à l'air libre; mais en tubes scellés le chlorhydrate de cocaïne conserve absolument sa précieuse propriété. D'ailleurs, Legrand s'est inscrit contre l'opinion de Reclus dans l'une des séances de la Société de thérapeutique.

La stérilisation a aussi permis à l'inventeur de supprimer définitivement l'acide phénique qu'à un moment donné MM. Viau et Poinsot avaient imaginé d'ajouter aux solu-

tions aqueuses ou huileuses dans le but de les conserver et d'augmenter le pouvoir analgésique. Chacun connaît les sphacèles, heureusement rares, qu'entraînait l'emploi de ces solutions phéniquées.

J'ajoute que j'ai également demandé à MM. Schrader et Liaudois de me préparer pour la clinique des ampoules de caféine dont la conservation est de même indéfinie. Je les considère comme précieuses dans notre arsenal thérapeutique pour parer aux accidents éventuels de la cocaïnisation.

Je n'utilise plus désormais dans ma pratique particulière, comme aussi à la clinique d'anesthésie de l'Ecole, que les Stérilampoules de cocaïne et de tropacocaïne.

Les fabricants ont varié les doses et les degrés de dilution dans toutes les limites nécessaires.

Mais ici je m'arrête, ne voulant pas sortir du domaine scientifique et m'estimant heureux si j'ai pu signaler quelque chose d'intéressant et de pratique à mes confrères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

RÉUNION-CONGRÈS DE MARSEILLE

PROTHÈSE DENTAIRE

A. *Pièces à succion.*
B. *Divers modes de rétention.*
C. *De l'articulation des appareils dentaires.*

Par M. E. Schwartz,

Président de l'Association générale des Dentistes du Sud-Est de la France.

La question des pièces à succion, qui a été mise à l'ordre du jour, est une de celles de la prothèse qui offrent un champ d'études pouvant intéresser tous les praticiens. Ces pièces sont en effet très précieuses pour le maxillaire supérieur quand il est complètement dépourvu de points d'attaches, alors qu'il reste toutes les dents ou un certain nombre de dents seulement au maxillaire inférieur.

Je ne viens pas me poser en maître pour vous en parler, mais je désire vous exposer le résultat de mes observations personnelles.

L'origine de ces pièces, dit Laforgue, doit être attribuée à Gardette, dentiste français, établi à Philadelphie vers 1780. Les auteurs qui ont décrit ces pièces n'ont pas mentionné la cavité du vide qui n'aurait été pratiquée qu'en 1835. Lorsque le caoutchouc vulcanisé fut appliqué aux pièces dentaires, les pièces à succion eurent tout de suite une très grande vogue, leur fabrication étant plus facile que l'hippopotame ou l'or et leur adhérence étant bien supérieure ; aussi certains dentistes firent-ils une réclame effrénée, comme quelques-uns aujourd'hui font la même réclame en faveur des pièces à pont.

Lorsque nous avons une pièce à succion à confectionner, il faut autant qu'il est possible prendre l'empreinte au plâtre ; lorsque le modèle est fait et que le patient revient pour faire prendre l'articulation, on examine bien la bouche et l'on trace le contour que doit avoir la cuvette, en ayant soin de noter les insertions des muscles de la lèvre et des joues, ce qui est très important.

Je ne mentionnerai pas les différentes variétés d'articulations, je ne retiendrai que deux types accompagnés de disproportions des maxillaires. Supposons que nous soyons en présence de deux bouches sans dents au maxillaire supérieur, avec toutes les dents dans le bas et présentant les complications suivantes :

1° Prognathisme du maxillaire inférieur, arcade inférieure large, maxillaire supérieur petit ;

2° Prognathisme du maxillaire supérieur qui est très large ; arcade inférieure petite.

Le premier cas est le plus fréquent, et bien des fois quand nous montons une pièce, elle nous donne du souci, malgré tous les soins que nous mettons à notre travail. La grande majorité des dentistes, vous avez pu le constater comme moi, articulent avec un soin scrupuleux les dents de leurs pièces avec les dents naturelles, sans se soucier de la forme qu'aura la pièce. Or, c'est souvent de l'articulation trop juste, je dirai trop soignée, que découlent les insuccès dans la mastication et la fixité de l'appareil.

On peut arriver à diminuer et à varier ces insuccès en procédant comme je vais vous l'indiquer.

On place les dents incisives aussi perpendiculairement qu'il est possible et presque bout à bout avec les inférieures ; dans certains cas très accentués on est obligé de les placer en retrait, les canines tout bout à bout, les petites molaires rentrées, et les grosses molaires rentrées complètement de façon à ne les articuler que sur la moitié des inférieures et parfois en deçà de la moitié. Cette disposition de l'articulation qui est l'inverse de la nature, est pour ainsi dire indispensable, mais pour ces pièces, il faut se rapprocher de la ligne médiane de l'arcade dentaire supérieure, afin que la pression masticatoire s'exerce aussi perpendiculairement sur cette ligne qu'il est possible ; la résistance est alors plus grande, et par conséquent le déplacement plus difficile. Ne croyez pas que parce que les molaires ne portent pas entièrement les unes sur les autres la mastication ne se fasse pas bien ; non, les personnes qui ont des appareils ainsi montés ne soulèvent aucune objection à ce sujet, si leur pièce se maintient bien. J'emploie exclusivement des demi-dents molaires, avec caoutchouc blanc à la face triturante, chaque fois que l'articulation porte sur des dents naturelles ; le caoutchouc est beaucoup plus doux à leur contact, la mastication est plus agréable ; personnellement j'en ai fait l'expérience.

Dans le deuxième cas : prognathisme du maxillaire supérieur qui est, en outre, très large, avec l'arcade inférieure petite, la disposition des dents demande aussi une modification qui, au point de vue de l'esthétique, n'est pas toujours favorable ; mais ce sont des cas relativement rares.

Il faut, le plus possible, rentrer et rapprocher les incisives contre celles du bas, afin que l'écart entre leur bord tranchant soit aussi restreint qu'il est possible ; si l'articulation est basse et que les dents doivent être ajustées, on les placera aussi perpendiculairement qu'on pourra ; elles seront placées sur la ligne médiane de l'arcade

dentaire, ou en deçà, ce qui n'est pas toujours bien joli; elles n'ont pas besoin d'être ajustées, et si nous sommes obligés de mettre une fausse gencive en caoutchouc rose, comme celle-ci est souvent très mince au-dessus des dents et par suite très cassante, il convient, dans cette circonstance, de la renforcer avec une plaque en or estampée dépassant des deux côtés le haut des dents. On rentrera les molaires autant que faire se peut, afin de ne pas les laisser en dehors de la ligne médiane ; ce qui est essentiel, c'est que le bord tranchant de toutes les dents de la pièce ne dépasse pas le talon intérieur, formé par le caoutchouc sur lequel s'articulent les dents du bas, c'est-à-dire que les dents et le caoutchouc doivent, la prise étant posée sur une surface plane, être au même niveau. En prenant ces dispositions le dentier n'aura pas la forme d'une demi-meule de moulin et l'équilibre sera bien établi pour la mastication.

L'équilibre de l'articulation d'une pièce à succion est, selon moi, la chose essentielle à considérer, parce que souvent on a un appareil bien ajusté tenant très bien et qui tombe au moindre attouchement. Nous voyons, en effet, des patients avec des pièces d'une adhérence parfaite, difficiles à arracher, et qui pour les enlever, ou tout au moins pour rompre l'équilibre, touchent avec un doigt la partie intérieure des incisives.

J'entends par équilibre de l'articulation l'arrangement des dents de façon qu'une perpendiculaire partant de la ligne médiane de l'arcade dentaire supérieure passe au milieu de l'épaisseur des dents artificielles et que cette ligne vienne articuler sur les dents du bas, quel qu'en soit le point de contact. Je vais vous donner la théorie de cette définition.

(M. Schwartz dessine au tableau un schéma représentant : 1° La coupe d'un maxillaire supérieur supportant une pièce ; 2° La ligne médiane de l'arcade ; 3° La perpendiculaire ; 4° La coupe d'un maxillaire inférieur avec ses dents).

Il faut éviter de placer les dents en dehors de la ligne médiane et chercher à les en rapprocher le plus possible, qu'elles couvrent toute la partie triturante de la dent inférieure ou non. En suivant ces principes, vous aurez généralement des pièces stables ; c'est là une règle que nous devons observer, même pour les dentiers à ressorts.

Passons, à présent, à la question de la succion.

Quand Gilbert et ses successeurs firent des pièces en hippopotame à grands palais, ils ne connaissaient point la cavité du vide ; Maury et Désirabode (1837-1843) citent des pièces tenant par coadaptation, sans parler de cavité. Harris en revendique la priorité ; il cite ses expériences, remontant à 1835.

Je ne vous entretiendrai pas du phénomène du vide qui a été

exposé très longuement par divers auteurs, pour les appareils avec cavité ou sans cavité. Vous connaissez tous les genres de succion, depuis la simple cavité de formes et de dimensions variées, les plaques à cupules très variées aussi, ainsi que les valves en caoutchouc mou (rondelles). Je ne ferai la critique ni des uns ni des autres, je dirai seulement que je ne me sers jamais d'aucun d'eux.

Ayez une bonne empreinte, ne mettez aucune succion pour produire le vide, soignez bien les cires quand vous ne vulcanisez pas sur le modèle, ne grattez pas la base de la cuvette après la vulcanisation et vous aurez une adaptation parfaite, ne provoquant aucune inflammation de la voûte palatine et n'ulcérant pas la muqueuse comme toutes les cavités du vide, conséquences que vous avez tous remarquées.

Relisez le manuel de Coles et le chapitre de Harris sur ce sujet et vous vous ferez une juste opinion sur la question.

On n'a pas assez répandu ces théories contre l'emploi des succions, c'est pour cela qu'un certain nombre de nos confrères en font usage, et que nos mécaniciens admettent difficilement qu'une pièce puisse tenir sans succion.

Il y a quelque quinze années, je fis l'expérience suivante avec une pièce à succion, sans cavité de vide que portait un de mes patients, M. X. Je fixai, à l'aide de gomme laque, une ficelle au milieu de la cuvette et fis remettre la pièce dans la bouche; puis graduellement j'augmentai le poids dans un plateau qui se trouvait au bout du cordon; la pièce ne céda qu'à treize kilos. Cette expérience était rudimentaire, car pour bien la faire, et d'une façon mathématique, il faudrait réunir d'autres conditions que celles dont je me suis entouré; il faudrait : 1° chercher le centre de résistance par l'attache du cordon; 2° l'horizontalité de la voûte palatine.

L'adaptation d'une cuvette sans chambre à air est parfois plus longue à obtenir qu'avec une cavité, tant pour les pièces en métal que celles en caoutchouc; elle dépend de l'état des gencives : plus celles-ci sont épaisses, moins l'adhérence se fait vite et est de courte durée ; c'est le contraire lorsqu'elles sont minces et dures. Néanmoins, il en est de l'adaptation comme du vide à faire dans le cylindre d'une machine pneumatique : ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de coups de piston que le vide commence. On a donc aussi besoin de répéter les succions pour obtenir le vide dans une cuvette. Mais, peu à peu la co-adaptation se fait, les gencives se moulent si intimement avec la base de la cuvette que bientôt une adhérence parfaite s'établit. Si je dis que les gencives se moulent, c'est une façon d'exprimer l'ajustement parfait de l'appareil sur la muqueuse qui se produit au bout de quelques jours.

Les pièces à succion demandent à être bien soignées précisément

à cause de cette loi de physique qui veut que la pression de l'air pénètre partout. Si d'un côté nous avons le profit de la pression atmosphérique qui tient la pièce en place, nous avons de l'autre cette même pression qui tend à pénétrer sous la cuvette; c'est ce qui nous oblige à mettre tous nos soins à l'exécution de ce genre de pièces. Le retrait du maxillaire, si léger soit-il, est la cause de leur non-adhérence et dès que ce retrait s'accentue la cuvette se déchire et la pièce se casse.

Avant de terminer, permettez-moi d'ajouter mon opinion sur les crochets employés concurremment avec les appareils à succion. Je ne les admets que temporairement pour faciliter, durant les premiers jours, leur accoutumance; ils devront être aussi hauts qu'il sera possible, mais il vaut mieux que la pièce ne tienne que par ses propres moyens d'adhérence, parce que souvent les crochets produisent un déplacement total de la pièce, dont l'adhérence devient de ce fait impossible. Entourez les dents du fond sans serrer contre elles les anneaux, et, en règle générale, chaque fois que vous pouvez conserver une dent, quelle qu'elle soit, quand vous avez à appliquer une pièce à succion, conservez-la, car c'est le moyen le plus efficace et le plus favorable à sa stabilité.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais).
D[r] Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, Paris.
Billard, L. Lemaire, s[r] (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, Paris. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, Paris.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, Bruxelles.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, Paris. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, Paris.
V[ve] Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, Paris.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, Paris.
M[me] Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, Paris.
TÉLÉPHONE 214-47 — **P.-A. Kœlliker et C[ie]** — *Grande exposition*, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. 45, rue de la République, Lyon ; 18, allées de Tourny, Bordeaux ; Zurich. — Genève.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, Bruxelles. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). — 70, boulevard Montparnasse, Paris. Chateauroux.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, Paris
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, Toulouse.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, Paris. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) — 22, rue Le Peletier, Paris. 44, place de la République, Lyon. 14, rue de Stassart, Bruxelles. 4, rue du Grütli, Genève.
L. Richard-Chauvin et C[ie] (*Gutta*), 1, rue Blanche, Paris.
Victor Simon et C[ie] (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, Paris. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. — *Chlorure d'Ethyle. Or de Genève.* — 8, quai de Retz, Lyon. 14, rue des Pyramides, Paris.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, Paris.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, Paris.



REVUE DE L'ÉTRANGER

PATHOLOGIE DE LA DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE[1]

Par le Dr. Schmid, de Prague.

(Suite).

Période d'éruption des dents de sagesse.

La période d'éruption des dents de sagesse est sujette à des variations extraordinaires; il est donc très difficile d'assigner une limite normale exacte à cette éruption, qu'on peut cependant placer de la 18e à la 24e année. Quand cette éruption a lieu plus tôt ou plus tard, elle est du domaine de la pathologie, bien que le fait puisse se produire sans qu'il y ait aucun symptôme chez le sujet. Il en est surtout ainsi pour la dent du haut, où la complexité des symptômes d'une éruption difficile s'observe très rarement.

L'apparition précoce de la dent de sagesse est extrêmement rare; cependant le fait se produit : ainsi Ibbetson cite un jeune homme de 16 ans qui possédait ses 32 dents. Cette éruption prématurée n'a aucune importance quand elle n'est pas accompagnée de symptômes.

Il n'en est pas de même de l'éruption tardive, surtout s'il s'agit de décider dans quelle mesure l'existence de la névralgie est due à cette éruption.

On a souvent répété que la 3e molaire supérieure ne se montre pas dans tous les cas, mais demeure incluse dans le maxillaire. Il importe alors qu'elle développe complètement ses racines; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans des cas très rares cette dent n'est pas développée du tout. Quelquefois sa place est occupée par une petite continuation de la gencive en forme de cheville située dans une petite anfractuosité du maxillaire et qui ne se dentifie point.

Il y a peu d'âges de la vie où l'éruption tardive n'ait pas été observée. J'ai vu pour ma part la dent de sagesse supérieure faire son éruption à 30, 40 ans et une fois à 65 ans; Eichler rapporte des cas analogues.

Pour expliquer la rétention des dents de sagesse en général et

---

1. Voir *L'Odontologie*, n° du 15 août 1898.

de celle du haut en particulier il faut invoquer d'abord le peu d'étendue relative des arcades dentaires intéressées, puis la perte précoce de la première molaire supérieure, car alors la partie coronaire de la deuxième molaire incline en avant vers le vide de la première ; sa portion radiculaire, surtout sa racine disto-buccale, presse contre la couronne de la dent de sagesse descendante et ne lui permet pas d'apparaître.

La rétention de la dent du haut se découvre principalement par accident, parce que d'ordinaire elle ne donne aucun symptôme. La dent incluse est entièrement recouverte par la gencive et occupe habituellement une position transversale. En avulsant des deuxièmes molaires supérieures on rencontre quelquefois des dents de sagesse incluses. Ce n'est que très rarement que la position anormale du germe dentaire est la cause de cette rétention.

Quand les dents de sagesse n'ont fait éruption qu'en partie, c'est la demi-rétention, état aussi fréquent au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur.

Parfois la rétention entraîne des conséquences très fâcheuses pour le patient : d'abord des douleurs, parce que la pression constante de la dent sur les racines qui la retiennent amène la résorption de celles-ci. En conséquence il se produit de l'inflammation dans le voisinage de la dent incluse. Plus tard il y a une suppuration qui dégénère même en nécrose du maxillaire.

S'il y a enflure de l'os dans la zone de la dent retenue, non seulement on pourra commettre des erreurs de diagnostic, mais il pourra exister des néoformations malignes. Ce cas semble se présenter presque sans exception dans le maxillaire inférieur.

On constate assez souvent des déplacements et des rotations dans ces dents. Quelquefois elles sont en dehors, d'autres fois en dedans de l'arcade dentaire. Dans les arcades encombrées les trois molaires forment un triangle, et cela dans les deux maxillaires. La deuxième molaire est forcée de se placer en dedans derrière la première ; la troisième est ainsi poussée dans la direction de la joue. Rarement la dent de sagesse supérieure, au lieu d'être verticale, est horizontale ; alors sa face triturante est dirigée en arrière vers le pharynx.

Suivant Baume ce déplacement de la dent supérieure n'est pas rare. Je le considère, au contraire, comme très peu fréquent ; pour Tomes également, c'est la plus rare des déviations.

Plus souvent nous trouvons cette dent dans une direction oblique ; assez fréquemment la déviation a une direction extérieure. Tomes cites des exemples des deux cas. Il est très rare de rencontrer la dent en question déviée dans une direction intérieure.

La rotation complète de la dent de sagesse supérieure est pour Tomes une déviation extrêmement rare ; il n'en cite qu'un cas.

Eruption difficile de la dent de sagesse supérieure.

Tandis que la dent de sagesse inférieure présente souvent ce que nous appelons une éruption difficile, la dent du haut présente une éruption beaucoup plus aisée, et même si les difficultés sont plus grandes qu'à l'ordinaire elles exigent rarement une aide artificielle. Pour la dent du bas, au contraire, la gravité des symptômes nécessite un traitement médical ou plutôt dentaire. Pour cette raison le nombre des observations d'éruption difficile de la dent du haut est peu élevé.

Carie de la dent de sagesse supérieure.

Les dents de sagesse se carient fréquemment, c'est un fait bien connu ; mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de la carie dans ce groupe de dents. Quelques-uns, la majorité sans doute, soutiennent que cette carie se produit le plus fréquemment après la dent de 6 ans ; mais cela n'est vrai que conditionnellement, car les dents de sagesse ne se carient plus souvent que quand les premières molaires sont présentes. Dans les petits maxillaires les dents de sagesse souffrent plus ou moins du manque d'espace ; elles prennent en conséquence une position anormale qui est cause que la surface triturante se tourne plus ou moins en arrière. Les débris d'aliments se rassemblent plutôt dans le voisinage de ces dents et deviennent la proie de la carie en raison de la fermentation acide sous laquelle ils disparaissent bientôt. Dans la dent du haut c'est principalement la position oblique qui prédispose au développement de la carie. Par suite les débris d'aliments pénètrent plus aisément dans l'espace interdentaire entre les deuxième et troisième molaires, y demeurent et y exercent leur action destructive sur les deux dents. La dent de sagesse, possédant le plus souvent moins de résistance, est endommagée plus profondément et plus tôt que la deuxième molaire. De plus, la plupart du temps elle n'a que des racines faibles et courtes, qui sont souvent réunies ; comme elle n'est alors implantée que légèrement, elle est plus faible parce qu'elle manque par la suite d'une voisine qui l'étaye. Pendant la mastication en particulier elle cède à la pression des débris alimentaires qui y sont rassemblés, s'écarte de sa position et devient branlante. La membrane radiculaire s'enflamme bientôt, le plus souvent avec chronicité, ce qui termine les phénomènes.

Si les maxillaires sont suffisamment grands et si les dents ont assez d'espace, les dents de sagesse ne se carient pas aussi aisément. Quand la première molaire a été avulsée de bonne heure, les dents de sagesse échappent à la carie.

On voit ainsi que la dent de sagesse supérieure se carie plutôt à la face proximale.

D'après Linderer, Magitot et Parreidt, les deux dents de sagesse n'occupent que le neuvième ou le dixième rang dans l'échelle de la fréquence de la carie. Sur 1.000 dents, la dent de sagesse supérieure se carie dans 47 cas, l'inférieure dans 45, soit dans la proportion de 15 à 1. Il y a peu de différence entre le côté droit et le gauche. On a évalué à 3 ans la durée moyenne de la dent de sagesse ; mais, avec mon expérience, je l'évaluerais notablement plus longue.

La carie peut attaquer toutes les parties de la couronne ; mais elle a des points de prédilection. Chaque dent (ou groupe de dents) a ses points distinctifs ; en général ces points sont ceux où les particules alimentaires se collectent aisément et séjournent quelque temps : échancrures, plis, et fissures de la face triturante et surtout les points de rencontre des dents. La carie se développe aussi au collet, surtout quand la gencive est malade. La face externe est plus fréquemment atteinte que l'interne.

La carie commence moins fréquemment sur la face triturante de la troisième molaire supérieure que des deux autres molaires. Ce trait la distingue des autres, surtout de la première molaire.

C'est le plus souvent la face buccale de la dent de sagesse supérieure qui est malade, car il est plus difficile de la nettoyer que les autres en raison de ce qu'elle est en contact plus intime avec la muqueuse de la joue. La carie est également favorisée par une calcification défectueuse des substances dures de la dent, ainsi que par un rapprochement exagéré des dents, qui favorise l'amoncellement des matières dures et empêche la salubrité de la cavité buccale. Enfin elle l'est surtout par les défauts de l'émail, car ils amoindrissent notablement le pouvoir de résistance de la dent aux substances nocives.

La marche de la carie est plus ou moins marquée pour les dents de sagesse : la plupart du temps une année suffit pour la destruction complète d'une dent. La dent de sagesse supérieure est plus sujette à la carie aiguë que l'inférieure. Bien que la marche chronique de la carie soit très rare dans ces dents, la carie sèche à marche lente y est quelquefois constatée.

Les douleurs qui accompagnent la pulpite de la dent de sagesse supérieure ont un caractère particulier ; souvent on ne les ressent pas comme des maux de dents. Les patients se plaignent le plus souvent de douleurs dans la tempe ou sur le devant de l'oreille, dans le voisinage de l'arcade temporo-maxillaire. Dans certains cas les patients localisent la douleur à l'extrémité du nerf postérieur alvéolaire supérieur ; ils prétendent alors que la douleur réside dans une bicuspide, même quand c'est la canine qui en est le siège. Si ces dents sont saines, il ne peut y avoir erreur que si l'opérateur applique un traitement sans connaître les faits et sans avoir d'expérience.

Les difficultés de diagnostic sont plus grandes quand, en outre de la dent de sagesse supérieure, une ou deux des biscupides sont cariées. Il faut alors se livrer à un examen très approfondi avec la sonde et la seringue. Ces difficultés augmentent surtout si les dents ont déjà été obturées. Si la ponction et l'injection à l'eau froide ne nous renseignent pas, il faut enlever l'obturation de la dent suspecte et obturer de nouveau après un traitement convenable. Les dents de sagesse sont rarement propres à ce traitement; aussi vaut-il mieux les avulser, quoiqu'on puisse parfois les conserver quand leur pulpe ou leur périoste sont atteints.

La névrose dentaire causée par la pulpite d'une dent de sagesse supérieure ne se manifeste pas toujours par une irradiation de la douleur. Dans quelques cas de pulpite de cette dent on a observé des spasmes, ainsi que de la paralysie du nerf facial.

Obturation des dents de sagesse.

L'expérience de tous les praticiens concorde sur ce point que les résultats de l'obturation des dents de sagesse ne sont pas particulièrement favorables. Les raisons de ce fait peuvent aisément se déduire de la localisation de la carie et de son lieu de prédilection. En premier lieu il est difficile de s'approcher du siège de la carie. Chacun connaît les difficultés qui s'opposent à l'obturation des cavités mésiale, distale et buccale pour la dent du haut, tandis que les cavités centrales sont relativement très aisées à obturer. Une autre circonstance qui a une influence défavorable sur l'obturation, c'est la calcification défectueuse des parties dures des dents de sagesse.

Des défauts légers en apparence dans l'émail conduisent à la dentine sensible et pendant l'excavation les instruments pénètrent dans la masse molle. Si l'on rencontre une plus grande résistance en excavant, elle provient le plus souvent de l'émail.

Enfin ces dents, même bien obturées, souffrent d'un nettoyage imparfait. Même les dents de sagesse normalement placées sont d'un accès difficile pour les instruments de nettoyage; à plus forte raison quand leur siège est anormal.

Quand j'ai affaire à des dents de sagesse à pulpe irritable ou enflammée superficiellement, je ne traite et n'obture que des cavités peu étendues. Je recommande l'extraction pour les dents à racines malades ou atteintes de pulpite. Si l'on désire essayer de conserver une dent semblable, il faut se borner à celle du haut. Les échecs dans le traitement des nerfs et des racines ne sont pas dans ce cas si fréquemment accompagnés de conséquences désagréables que pour la dent du bas. Cette dernière ne doit jamais servir à des expériences susceptibles de menacer la santé et parfois la vie du sujet.

En conséquence ne sont propres à être obturées que les dents

exemptes de douleur ou avec une douleur passagère et dont les cavités sont centrales. Ne pas obturer dans les cas compliqués. Les obturations provisoires conviennent le mieux, mais surtout à la gutta. Avec cette matière on peut obturer les dents douloureuses pendant l'excavation et même avant ; elle est préférable aux ciments, quels qu'ils soient. Malheureusement on ne peut l'introduire que dans les très petites cavités, qu'il est très difficile de conserver sèches.

En préparant les cavités de la face triturante avoir soin de préparer la paroi médiane antérieure à angle obtus ou droit avec le plancher de l'obturation ; ce n'est qu'ainsi qu'on peut voir toute la cavité et atteindre les cavités les plus éloignées.

N'obturer à l'amalgame que les cavités insensibles et d'un accès facile ; bien polir les obturations dès qu'elles ont durci.

(A suivre).

Modification artificielle des dents.

M. Tegelmeier a signalé récemment dans un recueil anglais un fait curieux, qui a trait au porc des Nouvelles-Hébrides. Au rapport d'un officier de marine qui communique ces renseignements à M. Tegetmeier, la croissance des dents canines des porcs des Nouvelles-Hébrides est fortement modifiée, par suite de certaines pratiques des indigènes. Ces porcs ne sont probablement pas des descendants à demi-sauvages d'animaux domestiques, comme à la Nouvelle-Zélande ; ils appartiennent sans doute à l'une des espèces indigènes de la région.

Le porc est un animal dont les naturels s'occupent beaucoup : il est la base d'un commerce étendu ; on en vend beaucoup en bas âge, pour être engraissés. Avant de les mettre à l'engrais, toutefois, les indigènes ont coutume de procéder à une extraction dentaire. Ils arrachent régulièrement les deux canines de la mâchoire supérieure, ce qui a pour conséquence un développement considérable des canines inférieures, car, n'étant pas entravées dans leur croissance, elles se développent et s'allongent beaucoup, en forme de défenses, mais non en défenses rectilignes ou légèrement courbes ; ces canines croissent en cercle : la dent se courbe de telle façon qu'après un certain temps elle forme un anneau, la pointe étant venue à toucher la racine, la base, qu'elle aborde un peu en dehors. Il se passe là ce qui a lieu chez bon nombre d'animaux rongeurs, comme le rat, le lapin, chez qui, lorsqu'une malformation ou une lésion vient à déplacer ou détruire une des incisives, la dent correspondant à l'autre mâchoire prend un développement inusité ; inusité et dangereux, car, à force

de s'allonger, sans usure compensatrice, elle finit par tuer l'animal [1]: elle le réduit à l'inanition en empêchant la mastication. Chez les porcs des Hébrides les dents décrivent parfois deux cercles en spirale; en d'autres occasions, par leur obliquité, elles déplacent les molaires voisines.

Il est curieux qu'en même temps que la partie produite prend des dimensions aussi inaccoutumées, l'organe producteur s'hypertrophie de façon notable. Le bulbe ou la racine de la dent ainsi transformée en défense semble se développer à l'intérieur de la mâchoire dans le sens opposé à celui de la dent. Il se forme une grosseur au bord inférieur de la mâchoire, et cette grosseur fait saillie hors de l'os, mettant à nu la pulpe de la racine, et dans un cas, on a vu la pointe de la dent venir se ficher dans le bulbe qui était ainsi sorti du maxillaire : la dent formait un cercle complet.

La raison pour laquelle les indigènes extirpent la canine supérieure, c'est le désir d'obtenir de ces canines inférieures en forme d'anneau. Ces dents leur servent d'ornements, de bracelets en particulier, et ils ne tuent l'animal qu'autant qu'il leur fournira la dent désirée, la dent ayant la forme requise, et qu'autant que celle-ci n'a plus à gagner comme forme ou comme longueur. Ce sont les mâles seuls qui servent à cette production d'ornements dentaires, et il paraîtrait qu'ils sont assez souvent atteints de malformation des organes reproducteurs, ce qui, aux yeux des sauvages, les rend plus précieux.

(*Revue scientifique.*)

UN CAS D'ASIALISME

Par M. L. Quintin.

Dernièrement se présente à ma consultation un nommé D..., âgé de 65 ans. Il se plaint de ne plus pouvoir avaler ses aliments, faute de salive. La voix est rauque, la bouche exhale une odeur infecte et repoussante, le collet des dents est recouvert d'une épaisse couche de tartre. La stomatite gingivo-tartrique s'est généralisée, de sorte que la muqueuse présente une teinte rosée et luisante; la langue, sèche, est recouverte d'un enduit brunâtre assez abondant.

La constitution est celle d'un homme bien portant, quoique maigre.

Après m'être rendu compte que les glandes parotides sous-maxillaires et sublinguales ne rendaient pas de salive après excitation, que

---

1. C'est ainsi que, comme le relate Tomes, périt un Cheiromys que possédait le Jardin zoologique de Londres. — G. M.

le mucus ne lubrifiait que d'une façon insignifiante la muqueuse buccale, je pousse mes investigations plus loin et j'arrive à établir que les muqueuses gastrique et intestinale étaient frappées du même mal. Déglutition et digestion laborieuses, constipation opiniâtre et, de plus, miction réduite à une centaine de grammes par jour, ce qui démontre un trouble dans la sécrétion de l'urine.

Ce qui se passait dans la bouche provenait donc d'un état général qu'il était impossible d'attribuer à aucune diathèse.

Mais comme le malade était atteint d'une affection oculaire, je lui demandai s'il ne prenait pas de médicaments. Il me répondit qu'il se servait depuis six mois d'une solution d'atropine que le médecin lui avait prescrite et qu'il faisait renouveler tous les huit jours. Inutile d'aller plus loin, le diagnostic était posé : atropinisme chronique.

Le traitement consista à lui supprimer l'atropine et à lui donner du chlorate de potasse intus et extra. Après lui avoir recommandé l'hygiène habituelle de la bouche, je le renvoyai à son médecin pour modifier le traitement des yeux.

Huit jours après, il revint, tout allait bien, la stomatite avait presque complètement disparu, la salive commençait à sécréter de nouveau, la déglutition était possible, les autres fonctions reprenaient leur cours normal. Au bout de la seconde semaine, rétablissement complet.

J'ai tenu à relater ce cas tout simple à première vue, mais qui se présentait néanmoins au début comme un gros point d'interrogation. Les conclusions à tirer de ce qui précède sont les suivantes :

1° Le médecin court un danger en laissant un malade à même de s'intoxiquer lentement et le pharmacien aussi en renouvelant périodiquement un poison aussi violent que l'atropine ;

2° La salive contribue puissamment à protéger la cavité buccale contre la pullulation des microorganismes ;

3° L'hygiène seule a suffi pour arriver dans le cas précité à supprimer l'infection de la bouche et à guérir la stomatite.

(Progrès médical belge).



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

ENCORE SUR LES EXPERTISES[1]

Je m'excuse de revenir encore sur cette question des expertises qui, depuis l'article de M. Francis Jean, a déjà suscité bien des articles, sans qu'en somme rien de vraiment nouveau soit venu s'ajouter aux idées de celui qui l'a le premier soulevée.

J'ai eu pour ma part l'imprudence de poser une question sur ce sujet : *Sur quelle base peut se régler une expertise en matière d'honoraires ?* Et j'ai eu l'honneur de recevoir trois réponses : l'une est de M. Francis Jean ; l'autre d'un confrère qui signe d'un pseudonyme ; la troisième, qui nous est parvenue par l'intermédiaire de M. Papot, ne pose pas un principe, mais cite un fait isolé.

De toutes, une seule est une réponse directe à la question posée ; c'est celle de M. Francis Jean et elle n'est pas encourageante : il déclare que, comme à moi, les contestations d'honoraires lui paraissent insolubles.

Puisqu'aucune autre idée documentée n'a été jetée dans la discussion, on pourrait conclure que cette opinion, tant soit peu pessimiste, est la seule possible et abandonner une question qui semble tout simplement tourner sur elle-même.

Ainsi ferais-je, si je n'avais été frappé d'une idée qui, à vrai dire, passe à côté du sujet, mais que j'ai retrouvée deux fois au moins au cours de cette discussion et qui, dans la conversation, m'a été émise assez de fois pour que je puisse la considérer comme acceptée par un grand nombre, je n'ose dire le plus grand nombre de nos confrères.

Cette idée, c'est que le meilleur, le seul moyen d'éviter toute contestation est de *faire le prix d'avance.*

Philodont a bien voulu y ajouter le conseil, dont je le remercie, d'être honnête.

Je répète que ceci n'est pas la question. Je n'ai pas demandé le

1. Cet article a été remis à la Rédaction dans le courant de mars, mais l'abondance des matières nous a forcés à en ajourner la publication.

N. D. L. R.

moyen d'éviter une expertise, mais bien comment s'opérera cette expertise dans le cas où elle sera devenue nécessaire.

Cependant je me risque à m'arrêter sur cette opinion étrangère au débat, d'abord parce qu'elle est l'indice d'un « état d'âme » intéressant, ensuite parce que j'éprouve, je ne sais quel besoin de rompre cette belle harmonie et de dire tout crûment que je ne partage pas cette manière de voir.

Faire le prix à l'avance est un procédé qui ne peut s'appliquer qu'à l'acte matériel, à ce que les anciens appelaient *œuvre servile*, par opposition à l'acte qui relève uniquement ou surtout de l'intelligence, de l'art, de la science, de ce qu'ils considéraient comme les seules préoccupations dignes de l'homme libre.

Et cette distinction qui, dans l'antiquité, avait force de loi, parce qu'elle était l'expression d'un état social bien différent du nôtre, a persisté dans nos esprits, parce que, considérée au point de vue de l'idée pure, elle répond en somme à une réalité.

Le travail matériel, toujours le même ou à peu près, qui, avec des matériaux donnés, selon une méthode apprise une fois, produit presque mathématiquement un résultat déterminé, est susceptible par cela même d'une évaluation précise et par conséquent susceptible aussi, les conditions étant connues, d'une estimation préalable.

Mais il est bien évident que si l'œuvre relève avant tout de facultés personnelles à son auteur ou si elle dépend, pour une grande partie, d'un facteur échappant à toute prévision, à toute intervention humaine, cette estimation est impossible.

Avec de l'argile et un tour tout potier peut faire un vase. Avec des tubes de culture et un microscope tous les bactériologistes ne font pas également avancer leur science.

Aussi faut-il, dans notre profession qui est une profession mixte, une profession de transition, distinguer deux cas.

J'admets, et non seulement j'admets, mais je réclame comme une garantie plus nécessaire encore au praticien qu'au client, *le prix fait à l'avance* en matière de prothèse. Il s'agit là d'une œuvre qui demande assurément de l'habileté, des connaissances, du goût, mais qui est essentiellement matérielle dans son exécution et commerciale dans son usage [1].

---

1. Encore est-il des limites à cette faculté de *faire le prix*. Au patient qui demande le prix d'un appareil, certains confrères répondent encore : « Cela dépend des dents que vous voulez : il y en a à 5, à 10, à 15, a 20 francs, etc. » — De même l'épicier a des pruneaux depuis 30 centimes jusqu'à 1 fr. 10. — Le dentiste doit examiner la bouche, prendre dans les cas qui le nécessiteront une empreinte de renseignement, combiner son appareil, dire son prix, mais, en aucun cas, il ne doit s'abaisser à le discuter, à consulter les *préférences* du client. Celles-ci ne doivent pas aller au delà du choix du praticien.

J'admettrais encore, mais plutôt théoriquement, la *possibilité* d'un prix convenu pour les opérations qui sont acte d'exécution pure : aurification, couronne, par exemple, quoique, pour les raisons générales que nous allons considérer, il vaille peut-être mieux ne pas faire cette chose possible. Mais ce que je ne saurais admettre en aucune façon, c'est qu'on nous donne comme une *règle* déontologique excellente l'habitude de *convenir d'un prix* pour un acte qui, de près ou de loin, présente le caractère d'une intervention médicale. Ici nous faisons, toute proportion gardée, œuvre d'intelligence et de science, dans laquelle il entre souvent un élément personnel et nous opérons non sur des matériaux inertes, mais sur des tissus vivants dont la réaction, pour obéir à certaines règles connues, peut cependant tromper notre attente, quoi que nous fassions.

Je sais bien qu'on répondra que nous n'opérons pas sur le péritoine ni sur des organes essentiels et qu'en somme un 3[e] degré ou un 4[e] évolue sous notre intervention, à quelques exceptions près, d'une manière presque immuable et que nous savons tous à peu près à l'avance ce que l'un de ces cas nous demandera de temps et de peine.

A cela je répondrai : d'abord que pour rares que soient les exceptions à la marche normale du traitement, elles existent et que cela suffit pour qu'on en tienne compte ; ensuite que le traitement d'un 3[e] ou d'un 4[e] degré, s'il constitue la plus ordinaire de nos occupations, n'en est pas le terme suprême et qu'un coiffage, par exemple, ou bien encore une réimplantation, une implantation, une sinusite, une fracture du maxillaire, présentent un peu plus d'intérêt et aussi un peu plus d'incertain ; enfin, puisque nous causons ici entre nous, et cela est au fond ma grande raison, que, tous ces arguments fussent-ils faibles, *nous ne devons pas rabaisser nous-même le caractère de notre intervention.*

Assurément le temps n'est plus où l'on vivait pour l'Art et où l'Idée nourrissait son homme ; nous exerçons tous pour gagner de l'argent, c'est entendu. Mais le souci du chiffre d'affaires n'est pas incompatible avec celui de la situation morale ; et puisque pour arriver à gagner notre vie nous avons choisi une carrière libérale, nous n'en retirerons pas moins de profits pour l'exercer comme telle.

Il serait beau, ma foi, que depuis vingt ans, nous nous fussions agités et de la façon la plus louable, par les meilleurs moyens, pour réagir contre le discrédit que nos ancêtres nous avaient un peu mérité, pour conquérir notre place dans le cadre des professions libérales, pour nous pousser parmi ceux que guide une préoccupation scientifique, et que dans son cabinet chacun de nous n'eût de souci qu'à faire œuvre commerciale !

Un tailleur place au-dessus du comptoir une pancarte : *Prix fixe* et fait son prix ; mais un médecin ne le fait pas.

Voyez-vous d'ici cette scène :

Le médecin vient d'examiner longuement un jeune malade. « Eh bien, docteur ? » interroge la mère anxieuse. — « Hélas, Madame, c'est une fièvre typhoïde ! » — « Ah ! mon Dieu !... mais dites-moi, docteur, avant d'entreprendre le traitement, que me prendrez-vous pour le tirer de là ? » Le médecin à qui on poserait une telle question prendrait son chapeau et ne reparaîtrait plus.

Mais notre dignité, à nous, n'a pas, paraît-il, de ces susceptibilités et s'accommode fort bien de ce marchandage. Du moins ce sont des dentistes qui l'affirment.

Nous avons joué des coudes pour nous faire place dans le monde médical et une voix autorisée nous a dit que nous avions réussi et nous y a souhaité la bienvenue. Nous sommes fiers du grade de *Chirurgien-Dentiste* jusqu'à confondre volontiers le titre avec la profession. Agissons donc en médecins et n'oublions pas que « noblesse oblige. » Nous n'avons d'ailleurs qu'à y gagner.

On m'a dit aussi, et non l'un des moindres d'entre nous, que le *prix convenu* constituait un *forfait* où les garanties des parties s'équilibraient et où les risques compensaient les gains. Eh, c'est justement ce que je n'admets pas ! Un maçon fait un « forfait », mais dans le monde des médecins, je ne connais que les « médecins d'urinoir » pour s'abaisser à ce point et entreprendre un traitement sur ces bases. — Ce n'est pas un exemple à suivre.

On m'objectera encore qu'un artiste *fait son prix* pour le tableau dont il accepte la commande, et que le chirurgien *fait son prix* pour l'opération qu'il conseille. Ce sont des faits, et l'argument a sa valeur. Il n'est pas sans réplique cependant.

Dans ces cas d'abord, il s'agit de sommes dont l'énoncé suffit à faire comprendre au bourgeois soupçonneux que si commerce il y a, ce commerce-là n'est pas le sien. — Il n'en va pas de même avec nous : d'une part, les sommes que nous réclamons rentrent davantage, hélas, dans les limites des transactions ordinaires ; d'autre part, l'artiste, le chirurgien sont encore environnés aux yeux du vulgaire d'une sorte d'auréole qui nous manque, qui nous manquera toujours, car la mode s'en passe : on n'en fait plus. Le gros public a et aura toujours une certaine tendance à nous rabaisser ; encore une fois n'y prêtons pas la main, mais réagissons !

Et puis, engagés dans cette voie, où s'arrêter ? Où la limite qui sépare le licite du... douteux ? Je vous ai rappelé tout à l'heure les dents à 5, 10, 15 francs, au choix du client : un de nos confrères à qui on demande ce qu'il en coûtera pour soigner une dent répond que c'est 60 francs. Prix fait ; il avait raison, déclareraient nombre de dentistes des plus honorables. Cependant le patient trouve qu'il n'y peut mettre ce prix ? « Que voulez-vous donc y mettre ? » poursuit le

confrère ; « j'ai des pansements à 5, 10, 20 francs, etc. ? » Avait-il encore raison ? Il faut bien avouer cependant qu'entre ceci et cela il n'y a qu'une question de degré.

Veut-on me permettre maintenant des considérations moins immédiates ?

Il n'y a pas aujourd'hui un homme qui pense qui n'ait dans l'âme quelque vague idée socialiste et qui ne conçoive d'une manière plus ou moins imprécise l'existence de ce qu'on a appelé, d'un mot qui ne vaut pas la chose, la solidarité humaine. Et sans tomber dans le déclamatoire on peut convenir qu'en fait chacun de nous a un devoir social, comme on dit aujourd'hui, des devoirs envers son prochain, comme on disait hier, car cette conception-là est vieille comme sa réalité. Or si nous savons gérer nos intérêts d'une manière conforme à notre dignité, il nous sera possible et même facile, sans tomber pour cela dans la dentisterie de bazar, en proportionnant nos exigences aux moyens de chacun, de donner à ceux que la fortune n'a pas favorisés les soins essentiels qui ont été si longtemps l'apanage des riches et, en faisant ainsi servir au soulagement de ceux-là la richesse de ceux-ci, nous aurons précisément rempli notre rôle social et nous aurons fait œuvre bonne. Ainsi faisaient les anciens maîtres, ceux qui considéraient comme divin l'art de calmer la douleur, pour qui la médecine était un sacerdoce, qui ne fixaient pas de *prix*, mais acceptaient les présents dont chacun les *honorait* selon ses moyens. Et c'est pour le faire encore chaque jour que le chirurgien dont nous parlions tout à l'heure n'a jamais passé pour faire œuvre mercantile.

Le feraient-ils les partisans du prix fait ? Oh ! je reconnais que rien ne les en empêche. Mais en fait, et c'est un fait d'expérience, le *prix fait* devient fatalement au bout de quelques années, le *prix fixe*, et quand on en est là, on n'en sort pas.

Mais enfin, dira-t-on, il faut cependant bien que le patient — celui qui a l'intention de vous payer, car les autres n'en ont cure — sache, au moins d'une façon approximative, avant de se mettre en vos mains, ce qu'il lui en coûtera. C'est votre avantage aussi bien que le sien, car si, l'opération achevée, vous lui réclamez des honoraires qui dépassent réellement l'élasticité de son budget, vous aurez créé une situation qui ne sera pas plus agréable à vous qu'à lui.

L'argument n'a pas la force qu'il paraît avoir. Le patient qui entre dans notre cabinet doit déjà savoir à quoi s'en tenir sur ce chapitre. S'il nous a choisi au milieu de tant de confrères et s'il a trouvé notre adresse, c'est que nous lui avons été recommandé par un membre de notre clientèle ; et dans ces sortes d'offices une des premières questions qui doivent se poser et qui se posent effectivement est celle-ci : « Quels sont ses prix ? » Et le client bienveillant qui donne notre

adresse et nos heures de consultations est à même de fournir aussi des renseignements sur ce point.

Cependant ce serait se flatter et s'abuser quelque peu que de ne compter que sur des clients de cette espèce et j'entends bien que le patient à qui ces renseignements manquent, pour une raison ou pour une autre, ne peut pas se confier à nous en aveugle. Dans ce cas d'ailleurs, c'est nous, souvent, qui serions la victime de cette confiance. Nous lui devons donc de le renseigner. Mais nous pouvons y parvenir sans nous mettre au niveau du fournisseur. Nous avons le devoir de lui faire connaître l'*étalon*, si je puis ainsi dire, que nous fixons à nos honoraires, c'est-à-dire ce que nous demandons pour *une* consultation, *une* visite; nous avons le devoir de lui faire part de nos prévisions sur son cas; mais il doit être formellement entendu que c'est là une *indication* qui comporte un certain aléa et que, notre prévision venant à être trompée, nous ne nous considérerions aucunement comme engagé par elle[1]. Notre dignité exige qu'il en soit ainsi. Si nous avons le devoir strict d'apporter dans l'appréciation de nos honoraires l'honnêteté comme considération première, le patient, lui, a le devoir de nous accorder assez de confiance pour être convaincu que nous ne faisons que le nécessaire et que nous ne lui réclamons que la valeur de ce que nous avons fait. La précision préalable en matière de soins, nous ne la lui devons pas, de par le caractère imprécis du but à atteindre, et j'estime que nous nous devons à nous-même de nous en abstenir.

Cette manière d'envisager la question est sans doute un peu différente des méthodes courantes et un peu étrangère aux préoccupations de chaque jour. Aussi craindrais-je d'être traité de rêveur par les confrères les plus indulgents, si un vieux maître, pratique cependant puisque américain, ne m'offrait le secours de sa vénérable autorité : « Les rapports commerciaux de dépense et de prix, disait il y a quelque quarante ans le professeur Austen — et je ne saurais mieux terminer que par cette citation — peuvent être réglés d'une façon exacte lorsqu'ils s'appliquent à des objets d'une valeur connue, augmentée du prix du travail évalué à un taux fixe. Il y a aussi les données sur lesquelles on base les fluctuations spéculatives des dépenses et des besoins pour l'avenir; de sorte que dans tout marché l'acheteur et le vendeur peuvent se tenir sur le pied d'une égale habileté à juger ces questions. Mais le service professionnel ne se mesure pas ainsi. Le client ne peut évaluer le prix de la plaidoirie de l'avocat et le malade ne peut connaître que longtemps après toute la valeur de la prescrip-

1. On remarquera que cette méthode est, pour le fond, analogue à celle que proposait M. Godon dans le n° du 28 février dernier. Elle n'en diffère que par moins de précision dans la forme. Or je crois avoir suffisamment expliqué dans le cours de cet article que ce manque de précision est de ma part non seulement conscient, mais cherché.

tion du médecin. Les conditions d'un échange honnête manquent, car le client et le malade dépendent également de l'intégrité de l'homme professionnel ; aussi le commerce *professionnel* est-il déshonorant et mène-t-il inévitablement à une pratique honteuse. L'habitude qui consiste à évaluer par visite ou par heure est si manifestement injuste qu'elle n'est qu'une preuve de plus de l'impossibilité d'estimer les travaux de la science et de l'art suivant un tarif commercial.

... Lorsque le dentiste dans la question des honoraires qui lui reviennent pour *services rendus* s'abaisse à marchander le produit de son savoir, il nuit au caractère professionnel de sa position ; non seulement il se dégrade, mais dans la sphère commerciale où il descend par sa faute, la question de prix mène invariablement à des considérations de dépense et la qualité de son travail est dépréciée, lentement peut-être, mais à coup sûr.

... [La spécialité dentaire] ne doit reconnaître aucun degré dans la qualité des services rendus. Ainsi comprise, elle jouira d'une salutaire influence et commandera le respect parmi les professions avec lesquelles elle est en relations, car elle restera une partie de l'art de guérir qui, par l'importance et l'étendue de ses services ne le cède à aucune autre spécialité médicale. »

GEORGES MAHÉ.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an, Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud,** 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.

TÉLÉPHONE 214.47 { **P.-A. Kœlliker et Cie** *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. } 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.

L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.

Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie,** 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône,** LYON.
Ciment. **Telschow,** chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

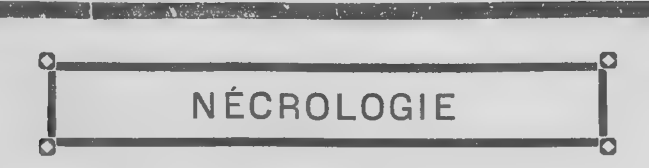
Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / ***Tube anesthésique.*** — } **B. Bourdallé,** 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



NÉCROLOGIE

Mme MAIRE

Nous apprenons la mort de Mme Maire, mère de M. le Dr Maire, secrétaire de la rédaction de *L'Odontologie* et chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, décédée le 25 juin dernier à Suresnes, à l'âge de 56 ans.

L'Ecole et le Journal étaient représentés à ses obsèques et avaient envoyé deux couronnes.

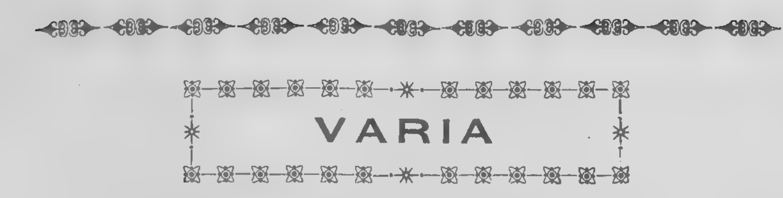
Nous prions notre confrère et collaborateur M. le Dr Maire, si éprouvé par cette perte, d'agréer dans cette triste circonstance l'expression de nos profonds regrets et de notre vive sympathie.

N. D. L. R.

ERRATUM.

Notre collaborateur M. Richard-Chauvin nous signale qu'il n'a pas été tenu compte de différentes corrections faites par lui dans le « Bulletin » publié dans notre dernier numéro.

Un passage supprimé par lui a été maintenu et un autre ajouté par lui n'a pas été reproduit. Comme ces corrections ne modifient en rien le sens de son article, nous ne pouvons que regretter que notre correcteur ait laissé échapper quelques petites erreurs, qui d'ailleurs ont été rectifiées dans le tirage à part de cet article.



VARIA

A PROPOS DU VERNIS DENTAIRE DES PAYS DE L'EXTRÊME ORIENT

Dans un article de la *Nature*, reproduit par *L'Odontologie*, il est question du vernis dentaire, sorte de laque que des peuples de race jaune emploient pour se recouvrir les dents. D'après certains indigènes, cette laque protégerait les dents et empêcherait leur décalcification. Mais il est bien certain que ce n'est pas ce but qui primitivement fut poursuivi chez ceux qui les premiers en firent usage. Chez les Malais et d'autres peuplades de ces régions on se noircit les dents simplement par une sorte d'orgueil enfantin, pour ne pas ressembler à des chiens qui, eux, ont les dents blanches. D'autres se moquent des Européens qui, disent-ils, ont les dents nues. Pudeur bien bizarre de la part de peuplades chez lesquelles le vêtement est souvent réduit à sa plus simple expression ! Il est probable que chez les Indo-Chinois ce fut un motif semblable qui donna naissance à cette mode. Combien de modes, du reste, même en nos pays, ont pour point de départ, dans la nuit des temps, des raisonnements aussi puérils !

Ce respect humain exagéré se retrouve sur d'autres points du globe : c'est aussi pour ne pas ressembler aux chiens, que les Esquimaux du Mackenzie (Amérique) se rasent la couronne des incisives supérieures.

Tous les peuples de l'Extrême Orient ne se laquent pas les dents, et en Chine même, le premier soin d'un mandarin, est, d'après le voyageur américain Parker, de se nettoyer la bouche en se levant. Pour cela il prend un volumineux gobelet, un outil en argent pour se nettoyer la langue et une brosse pour les dents. Tout cela, rinçage de la bouche, grattage de la langue et brossage des dents, constitue une opération fort longue, faite avec un soin minutieux qui ferait honte à bien des Européens, et qui en tout cas, à mon avis, doit être considérée comme un moyen prophylactique bien supérieur à un laquage qui, quelque bien fait qu'il soit, doit laisser vers les gencives des solutions de continuité redoutables.

Puisque nous sommes en pays jaunes, je ne résiste pas au désir de faire connaître le petit entrefilet suivant tiré d'un sermon d'un

bonze japonais et reproduit par l'*Independant* de New-York, il y a quelques années.

« La bouche se charge de prendre la nourrîture pour tout le corps. Avec quelle sagesse elle est organisée ! Cette noble porte peut se contracter en tout sens et s'ouvrir plus ou moins selon les proportions de l'article qui doit être introduit. A l'intérieur se trouvent des fonctionnaires, les dents, qui palpent et manient rudement les carottes, les navets, les raves et tous les autres mets, tandis qu'un autre fonctionnaire, la langue, constate si l'article dont il s'agit est doux ou amer et l'expédie dans l'estomac. Et l'examen est si rigoureux, que rien de contrefait ne peut passer. La plus petite pierre cachée dans le riz est saisie au passage. Quand arrive la vieillesse, le ciel fait tomber les dents par considération pour l'estomac devenu faible, de peur que, dans leur fierté inconsidérée, les dents ne se mettent à mâcher et à envoyer dans l'estomac une nourriture trop rude pour lui. »

Voilà certes un brave bonze qui n'est pas partisan de la prothèse et dont le dernier argument ne trouvera pas place dans les réclames des puffistes professionnels !

EMILE LONGUET.

Assurances contre les accidents corporels de toutes natures résultant de traumatismes.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France s'assurant par l'entremise de l'Association et par les soins de *M. T. Vinsonnaud*, officier supérieur d'administration en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, 20, rue Scheffer, à Paris, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* », profitent des avantages suivants :

1re annuité, réduction de 7 o/o à l'intéressé ;

— versement de 3 o/o à la caisse de secours de l'Association.

Soit. . . . 10 o/o.

Conformément à la note ci-dessus, *M. T. Vinsonnaud,* a versé les sommes suivantes à M. Rollin, Trésorier de l'Association générale, pour montant des 3 o/o de la première année des assurances contractées par son intermédiaire à la Compagnie *La Foncière-Transports-Accidents* par les membres de l'Association :

	Primes payées	3 o/o
De novembre 1897 au 17 février 1899......	3.871.05	116.15
Du 16 février au 1er juin..................	169 »	5.05
Totaux.......	4.040.05	121.20



On nous communique la lettre suivante qui a été adressée au président du bureau central du Congrès de Lyon, M. le Dr Queudot.

Paris, le 28 juin 1899.

A M. le Président du Bureau du Congrès dentaire national (Session de Lyon, 1898), *Président de la Commission de publication.*

Monsieur le Président,

Le Bureau central du Congrès dentaire national (Session de Lyon, 1898), dans sa dernière séance de novembre 1898, avait décidé, en présence des dépenses tout à fait extraordinaires déjà faites et des conditions dans lesquelles semblait se faire la publication des comptes-rendus, que le Secrétaire général devrait, dans une séance suivante, fixée à 15 jours ou à un mois au plus tard, présenter un projet de publication sur lequel le Bureau tout entier serait appeler à statuer.

Contrairement à ce vote, le Secrétaire général n'a réuni depuis cette époque ni le bureau ni la Commission de publication et a entrepris seul la publication des comptes-rendus.

Nous apprenons qu'aujourd'hui, sept mois après cette séance, il convoque la Commission de publication pour lui faire adopter le volume des comptes rendus, qui serait, paraît-il, actuellement imprimé.

Nous ne pouvons que regretter vivement cette manière de procéder, contraire à tous les précédents, et décliner toute responsabilité au sujet d'une publication faite irrégulièrement et en dehors de nous.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos sentiments confraternels.

Les membres du Bureau central et de la commission de publication.

Signé : GODON, VIAU, D'ARGENT, MARTINIER, Dr SAUVEZ.





STATISTIQUE INSTRUCTIVE.

D'après la statistique publiée par le Ministère de l'Instruction publique, le chiffre total des étudiants dans les Facultés et Ecoles françaises d'enseignement supérieur s'élevait au 15 janvier 1899 à 28.264. Sur ce nombre on ne comptait que 1.635 étrangers, soit 1/23. L'Université de Paris possédait à elle seule 11.827 étudiants, dont 992 étrangers, soit 1/11.

Il est intéressant de rapprocher ces chiffres des suivants : au 15 janvier 1899 l'Ecole dentaire de Paris comptait 186 élèves, dont 37 étrangers, soit 1/5.

Une conclusion bien naturelle se dégage toute seule de cette comparaison : si les étudiants étrangers viennent en si grand nombre demander à l'Ecole dentaire de Paris son enseignement, c'est qu'ils en ont reconnu la supériorité sur celui qui est donné dans leur pays. C'est le meilleur éloge qu'on puisse faire de l'établissement.

DÉCOUVERTE D'UN SQUELETTE DE XAMMOUTH.

On a découvert dernièrement à Freihöfen, près de Königgratz (Bohême), le squelette d'un mammouth dont le maxillaire inférieur a environ 1 mètre de long et contient encore les molaires, du poids de plusieurs kilog. ; les dents antérieures ont une épaisseur de 25 à 30 centimètres.

AVIS.

Il vient d'être créé à l'Ecole dentaire de Paris, deux places *d'aide de clinique*, rétribuées 500 francs par an chacune, pour 2 heures de présence trois fois par semaine (le matin de 8 h. à 10 h.), plus un dimanche sur deux.

Les candidats à ces postes sont invités à adresser leurs demandes au Secrétaire général, Dr Sauvez.

Il sera procédé à la nomination au choix, à la suite d'un concours sur titres.

19e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

ELECTROTHÉRAPIE DENTAIRE

Par M. EDMOND PAPOT,

Professeur de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris,
Ex-président de la Société d'Odontologie de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 6 juin 1899).

Les tentatives d'application des courants électriques en thérapeutique dentaire ne sont pas nouvelles. Depuis une quarantaine d'années, à différentes reprises, des expériences ont été faites qui ont donné des résultats sinon probants, tout au moins encourageants.

Aussi doit-on attribuer aux nombreux inconvénients et au peu de constance que présentent les piles productrices d'électricité le manque de persévérance des novateurs. En présence des excellents résultats publiés récemment et maintenant que l'électricité, ce merveilleux agent, nous est distribuée à domicile, il ne nous est plus permis de priver nos patients du bénéfice qu'on peut en tirer.

Et ce bénéfice est d'autant plus appréciable pour eux qu'il s'agit de *supprimer la douleur* dans quelques-unes des opérations les plus désagréables que nous ayons à faire. J'étais d'autant plus pénétré de cette nécessité que j'avais eu, dans certains cas, il y a déjà une dizaine d'années, à me

louer de l'emploi des courants électriques, auxquels je n'avais renoncé qu'à cause de l'impossibilité d'avoir toujours des piles prêtes à fonctionner au moment du besoin.

Mais, avant d'en reprendre l'usage en clientèle, j'ai tenu à revoir ce que la littérature professionnelle nous avait déjà enseigné à ce sujet. Persuadé que la technique opératoire a une importance capitale et que les résultats contradictoires obtenus tiennent surtout à la méconnaissance des procédés d'application, j'ai voulu, pour faciliter mes essais, me créer, pour ainsi dire un memento méthodique et condensé, basé sur l'expérience de ceux qui m'ont précédé dans cette voie.

C'est ce travail, tout de compilation et de mise au point, fait pour mon usage personnel et modifié au cours de mes essais, que je crois devoir vous soumettre aujourd'hui.

Le premier chapitre passe en revue les notions élémentaires d'électricité médicale indispensables.

Le deuxième contient la nomenclature et l'analyse des travaux publiés par nos devanciers.

Le troisième, affecté à notre thérapeutique spéciale, indique la technique opératoire applicable à chaque cas.

CHAPITRE Ier

NOTIONS ÉLÉMENTAIRES D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE [1].

Sources d'électricité. — Les courants utilisés en électrothérapie sont produits par différentes piles d'intensités diverses, selon le but à atteindre ; trois nous intéressaient plus particulièrement :

l'une pour le galvano-cautère *(pyrogalvanie)* ;

une autre pour les courants induits *(faradisation)* ;

la dernière pour les courants continus *(galvanisation)*.

Actuellement nous trouvons chez nos fournisseurs des

---

1. La plupart des indications contenues dans ce chapitre sont tirées de l'excellent « *Précis d'électricité médicale* » par C. Chardin et le Dr Foveau de Courmelles.

On peut aussi consulter *Les applications de l'Electricité à l'Art dentaire*, par M. Serres in *L'Odontologie*, nos d'avril et juin 1888.

installations prêtes à se greffer sur le courant de la ville et qui, en le modifiant au moyen de rhéostats, de transformateurs et de voltsélecteurs, nous donnent, avec un tableau de distribution, les intensités nécessaires à nos besoins, non seulement pour actionner le tour à fraiser et le maillet à aurifier, mais encore pour remplacer avec avantage les piles sus-indiquées.

*
* *

Quelques termes usités en électricité :

Anode. — Pôle de la pile qui ne s'attaque pas (positif +).

Cathode. — Pôle de la pile qui s'attaque (négatif —).

Pôle actif. — Celui qui doit déterminer l'action qu'on se propose d'obtenir, tantôt +, tantôt —.

Pôle perdu (Electrode placée en). — Electrode placée en un endroit quelconque pour compléter le circuit avec celle qui est destinée à agir sur un point déterminé. Il est toujours prudent de surveiller l'action de ce pôle et il est préférable de le placer en un point où la coquetterie n'est pas en jeu.

Rhéostat. — Appareil construit de façon à pouvoir intercaler dans le courant une résistance variable.

Electrodes. — Organes d'application du courant sur le sujet.

Rhéophores. — Cordons conducteurs qui réunissent les électrodes à l'appareil; par extension on donne aussi ce nom aux électrodes.

*
* *

Mesures électriques. — Les principales sont :

Le volt, unité de force électro-motrice de la source électrique.

L'ohm, unité de résistance du circuit.

L'ampère, unité d'intensité du courant.

N. B. — On n'emploie que le milliampère, et c'est la seule mesure qui nous intéresse, car *l'intensité du courant évaluée en* **ampères** *est égale à la force électro-motrice évaluée en* **volts,** *divisée par la résistance totale du circuit évaluée en* **ohms.**

*
* *

Pyrogalvanie. — La pyrogalvanie, qu'on appelle aussi **thermo-caustie galvanique** ou **galvano-caustie thermique**, est l'utilisation de l'action thermique du courant électrique.

Dans toutes les hypertrophies l'action des pointes de feu donne les résultats les plus satisfaisants.

Le galvano-cautère est supérieur au thermo-cautère dans tous les cas :

par la ténuité des pointes utilisées ;
par l'élévation de la température ;
par l'action calmante des radiations calorifiques ;
par l'introduction à froid ;
par la facilité d'arrêt instantané.

*
* *

Faradisation ou application de **courants induits** qu'on appelle aussi **courants d'induction, intermittents, faradiques** *(petite quantité, haute tension)*. Le *courant induit* s'obtient en faisant passer les courants continus dans un circuit formé de fils enroulés sur une bobine analogue à celle de Rhumkorff; mais ce courant n'agit qu'autant qu'il est soumis automatiquement à des ouvertures et des fermetures successives du courant initial ; c'est le *trembleur* qui est chargé de ce rôle.

Il se développe alors dans les fils de cette bobine des phénomènes d'induction — tension plus considérable — qui se traduisent extérieurement par des secousses, dont la puissance varie suivant la source électrique et résulte surtout de la longueur et de la ténuité du diamètre des fils employés.

Quand on veut agir sur le mouvement, les courants induits sont tout indiqués ; leur énergique intervention donne aux muscles un mouvement forcé, qui ne tarde pas à entraîner le fonctionnement normal de ce muscle.

En principe on est toujours porté à utiliser des courants trop forts ; comme on ne peut les mesurer par des moyens simples et pratiques, leur intensité doit être conduite d'après la sensibilité du sujet.

Le courant doit être bien ressenti, mais ne faire éprouver aucune douleur ; il doit être très faible dans la région supérieure du corps.

*
* *

Galvanisation ou application de **courants continus**, qu'on appelle aussi **courants constants, galvaniques, voltaïques** *(grande quantité, tension faible)*.

On désigne sous le nom de *courant continu* un courant dans lequel il ne se produit aucune interruption brusque et, par suite, que de faibles variations d'intensité.

Son action est directe, sans autre intermédiaire entre la source productrice de ce courant et le sujet que le milliampèremètre et les électrodes.

Quand on veut agir sur la nutrition pour vaincre une atrophie ou modifier la circulation, le courant continu est indiqué.

Les courants continus ont une action chimique extérieure : décomposition des tissus, liquides, etc. ; trop intenses, ils produisent des escharres.

Le pôle positif (+) produit une escharre acide, dure et rétractile ; il solidifie les solutions albumineuses.

Le pôle négatif (—) produit une escharre molle et non rétractile.

Il est donc bon de placer le pôle perdu de toute application dans un endroit où un petit accident (escharre) ne puisse avoir de conséquences ennuyeuses.

Cette action chimique est à redouter ; c'est pour cela que les électrodes usitées dans ce cas sont toujours couvertes de peau, de linge, rendus conducteurs par l'eau salée dont on les imprégne, et qu'elles sont du même fait éloignées de l'épiderme. L'action chimique inévitable se passe principalement en leur sein.

Les courants continus sont antiseptiques : leurs actions chimiques décomposantes agissent sur le protoplasma des êtres vivants et rendent sinon impossible, du moins difficile,

l'existence des bacilles; ce sont les seuls courants dont on ait constaté jusqu'ici l'efficacité anti-microbienne.

Le sens des courants continus, important à connaître, peut être ainsi déterminé :

Courant ascendant (le pôle positif étant entre le négatif et le cerveau,) est *hypertrophique* et *excitant.*

Courant descendant (le pôle positif étant par rapport au cerveau plus bas que le négatif) est *atrophique* et *calmant.*

On appelle :

Courants stabiles des courants continus séjournant *in loco dolente.*

Courants labiles des courants continus déplacés sur la région.

*
* *

Électrolyse ou **galvano-caustique chimique.** — Nom donné à la décomposition d'un corps par le courant électrique.

En médecine, c'est l'utilisation de l'action chimique du courant continu.

La qualité la plus importante du courant continu est son pouvoir *électrolytique ;* mais, tandis que dans l'application des courants continus on évite l'action chimique en interposant sur les électrodes, des linges imbibés d'eau salée, on cherche précisément cette action chimique dans l'électrolyse, et c'est pour cela que le pôle actif est toujours découvert.

Ce pôle actif est tantôt le pôle positif, tantôt le pôle négatif, selon le résultat cherché [1] :

A) une aiguille positive (+) enfoncée dans un tissu y produit une escharre dure, sclérosée, rétractile, résorbable et un liquide acide qui y détermine une cautérisation de même nature.

B) une aiguille négative (—) enfoncée dans ce même tissu y produit une escharre molle, de réaction alcaline, qui y dé-

---

1. Pour bien se rendre compte de la chose, on peut prendre un morceau de viande et le placer sur une plaque mouillée d'eau salée reliée à l'un des pôles, en faisant agir l'autre pôle sur la viande avec une aiguille de platine; on constatera, en modifiant le courant, l'effet électrolytique et, en changeant de pôle, l'effet propre à chacun d'eux.

termine une cautérisation de même nature avec tendance à la suppuration.

*
* *

Cataphorèse (κατα, φορεω, porter en bas, transporter avec soi). Si les auteurs sont d'accord ou à peu près pour constater les résultats cliniques de la cataphorèse, il n'en est plus ainsi pour la définir ni même pour lui donner un nom. C'est ainsi que nous voyons désigner son action tour à tour sous les termes de **narcose voltaïque** (Richardson) ; **anesthésie électro-chimique** ; **anaphorèse** (Duncan) ; **diffusion électro-médicamenteuse** (Morton) ; **diffusion anodale; électrolyse interstitielle** ; **électrolyse médicamenteuse, bi-électrolyse** (Foveau de Courmelles) ; **osmose électro-dentaire** (Duncan) ; **transportation électrique, etc.**

Sans vouloir discuter quelle est la dénomination la plus rationnelle, nous nous contenterons du mot *Cataphorèse*, si impropre soit-il, parce qu'il est le plus généralement connu. Nous ne chercherons pas davantage à élucider quelle part on doit faire dans ce processus à l'*osmose*[1] ou à l'*électrolyse* et nous ne nous égarerons pas dans l'examen des différentes théories émises, nous contentant de résumer ce qui est acquis dans la définition suivante :

Pénétration par absorption de solutions médicamenteuses au travers des tissus mous et durs de l'économie, sous l'influence du courant galvanique.

Autrement dit :

Utilisation de l'électro-chimie produisant :

1° Action physique : *Réaction sur les tissus vivants en les rendant perméables aux médicaments par excitation de la vascularisation.*

2° Action chimique : *Décomposition des solutions*

---

1. **Osmose.** — Phénomène d'échange observé quand deux fluides hétérogènes et de densité différente sont séparés par une membrane mince et poreuse.
Il s'établit entre eux, au travers de la membrane, deux courants inverses qui tendent à se mélanger.

*médicamenteuses, dont une partie des éléments, rendue à l'*ÉTAT NAISSANT, *a des propriétés thérapeutiques beaucoup plus actives.*

Dans toute solution les corps acides se portent au pôle positif, tandis que les corps alcalins se portent au pôle négatif.

CHAPITRE II

HISTORIQUE BIBLIOGRAPHIQUE

§ 1er. — **Faradisation.**

C'est dans « l'*Art Dentaire* », journal de PRÉTERRE, que nous trouvons en juin 1858, dans les « Dernières nouvelles » la note suivante :

« Tout au moment du tirage, nous recevons de l'une de nos maisons de New-York la nouvelle d'une prétendue découverte qui fait déjà grand bruit en Amérique et que nous voulons être les premiers en France à annoncer au monde médical, peut-être pour qu'il s'en défie. Il s'agit d'un nouveau moyen d'obtenir l'anesthésie locale. L'inventeur, qui est dentiste, a sur-le-champ appliqué sa méthode à l'opération douloureuse qui lui est la plus familière, à l'extraction des dents, et voici comment il s'y prend : dans l'une des mains du patient il place l'un des réophores d'un appareil de Smée, il accroche l'autre à son forceps, puis, un aide s'étant chargé de développer le courant, il procède à l'extraction. — Le patient ne sent rien, dit-on. »

Dans chacun des numéros suivants du même journal on lit la traduction de rapports et articles américains enthousiastes de la méthode de J.-B. FRANCIS, de Philadelphie, et plusieurs notes de Préterre annonçant que chez lui et chez ses frères les résultats en sont excellents.

En octobre de la même année cette question fut portée à l'Académie de médecine, et des expériences furent instituées dans les hôpitaux, à la suite desquelles Préterre écrivait les lignes suivantes, qui peuvent d'ailleurs s'appliquer au début de toute méthode nouvelle :

« Je souhaite qu'on ne se laisse pas décourager par les premiers insuccès. Mes frères et moi nous avons longtemps cru à l'inefficacité du procédé, pour cette très simple raison que nous ne savions pas l'appliquer. »

D'autres applications furent tentées, et sous le titre : **Emploi du galvanisme contre les maux de dents,** *la Gazette médicale de Lyon (1858)* publiait ce qui suit :

« Avant de chercher à annihiler la douleur que cause l'extraction des dents, il était naturel, ce semble, d'essayer si le même moyen ne calmerait pas l'odontalgie elle-même. C'est ce qui a été fait avec succès. M. Ch. Taylor, de Liverpool, avait à traiter un accès de douleur dentaire, porté à un point tel que le malade, sans sommeil, était incapable de remplir ses occupations journalières. La dent était découronnée et profondément excavée.

A peine l'eut-on touchée avec le fil conducteur que la souffrance cessa subitement. On fit un second attouchement de quelques secondes et la douleur, depuis cinq semaines, n'a pas reparu. »

En 1859, dans l'*Echo médical suisse,* M. F. THIOLY (de Genève) constate l'efficacité de cette méthode en citant plusieurs extractions des plus laborieuses et déclare que ce n'est pas une « *mystification américaine.* »

En décembre de la même année, nouvelle communication à l'Académie, faite par GEORGES, dentiste à Paris, qui annonce que les courants d'induction par l'intermédiaire du davier pour l'anesthésie pendant l'extraction lui donnent des résultats constants.

Après quelques essais heureux dus à MM. Nélaton et Morel-Lavallée, on n'obtint que des résultats contradictoires, au cours d'expériences organisées dans les hôpitaux de Paris, sous la direction de M. Magitot. Ce dernier crut pouvoir tirer de ces expériences les conclusions suivantes (1) :

1° Les opérations chirurgicales, et particulièrement les extractions dentaires, sont susceptibles de causer des douleurs infiniment variées d'intensité, suivant les sujets et les conditions opératoires ;

2° Les opérations chirurgicales effectuées avec l'intervention du courant électrique ont présenté les mêmes variations de douleur que dans les opérations ordinaires ;

3° Toutefois, le passage brusque du courant électrique a produit chez certains sujets une impression si imprévue et si spéciale qu'elle a pu servir de diversion à la douleur, d'ailleurs légère, d'une opération rapide ;

4° En définitive, le courant électrique ne saurait être considéré comme un agent anesthésique.

---

(1) Dr SAUVEZ. — *Etude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire.* — *L'Odontologie,* 15 février 1898.

Puis, le silence qui se fait autour de l'application des courants induits n'est plus troublé que de loin en loin. C'est ainsi que nous trouvons d'abord sous la signature du Dr A. TRIPIER *(Comptes-rendus de l'Académie des sciences 1865)* l'appréciation qui suit :

« On n'engourdit rien, mais on donne à transmettre au nerf une impression autre que l'impression causée par l'opération ; — lorsqu'un nerf a à transmettre simultanément deux impressions, celle qui l'affecte le plus près du centre est transmise à l'exclusion de l'autre ; — ainsi se trouve expliquée l'anesthésie apparente. »

Puis :

De l'emploi de l'électricité comme anesthésique local, compte-rendu par le Dr M. STEVENS de la 3e édition d'une petite brochure de SNAPE (de Chester, Angleterre) in *Progrès Dentaire*, janvier et février 1875.

De l'emploi de l'électricité pour l'extraction des dents par le Dr N. STEVENSON, in *Progrès Dentaire*, 1883.

De l'électricité dans l'extraction, traduction du *Quarterly Circular*, in *Progrès Dentaire,* octobre 1891.

« L'opinion générale est que l'électricité n'est pas un anesthésique, mais c'est une diversion extrêmement rapide. »

Enfin dans le **Précis d'électricité médicale** de C. CHARDIN et Dr FOVEAU DE COURMELLES, paru en 1892, nous trouvons le traitement des névralgies dentaires par la faradisation.

Je puis ajouter que ce traitement m'a donné d'excellents résultats.

§ 2. — Galvanisation et Electrolyse.

Les travaux sur l'emploi des courants continus en art dentaire sont peu nombreux. Voici par ordre de date ceux que j'ai pu relever :

De l'application des courants électriques continus à l'odontalgie par le Dr BOUCHAUD, ancien interne *(Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 15 juillet 1873).

L'auteur rapporte plusieurs observations de guérisons *d'odontalgie,* nom générique sous lequel il englobe aussi bien les pulpites que les périostites.

Voici ses conclusions :

« Dans l'*odontalgie*, si l'on prend un courant électrique et qu'on applique l'électrode + sur la joue, au niveau de la dent malade, et l'électrode — sur la région antéro-latérale du cou, du même côté, on procure à peu près constamment et en quelques minutes un soulagement presque absolu, lequel persiste indéfiniment dans la majorité des cas. »

Il avait remarqué d'ailleurs qu'une interversion des électrodes réveillait la douleur.

Application de l'électrolyse à la chirurgie dentaire par M. POINSOT (communication à la *Société d'Odontologie de Paris*, séance du 27 décembre 1887 ; *L'Odontologie*, février 1888).

Notre distingué confrère annonce en quelques lignes que depuis quelques années il emploie l'électrolyse avec avantage pour émousser la sensibilité de la dentine, pour détruire les filets nerveux ou les anesthésier et aussi pour le traitement des gingivites.

De l'électricité en thérapeutique dentaire par JOHN S. MARSHALL, travail lu à l'Association dentaire américaine en 1891 (*L'Odontologie*, janvier 1892 ; *Le Progrès Dentaire*, octobre 1892 ; *La Revue internationale d'Odontologie*, janvier 1893).

L'auteur a obtenu de bons résultats avec l'application des courants continus dans les cas suivants :

Pulpite aiguë. — Electrode + appliquée sur la dent, électrode — sur le côté correspondant du cou, courant supportable pendant une demi-heure. Guérison ; vitalité conservée.

Pulpite aiguë sans carie. — Même traitement pendant huit jours ; sensibilité disparue.

Péricémentite avec pulpe vivante. — Electrode + sur la gencive au niveau des racines. Soulagement notable ; guérison après plusieurs applications.

Il a remarqué de plus qu'en cas de doute sur la vitalité d'une dent non cariée ou obturée l'électricité donnait les éléments d'un diagnostic certain. En effet, une petite intensité occasionne de la douleur sur une pulpe vivante, alors

qu'une grande intensité n'est pas ressentie sur une pulpe dévitalisée.

Électrothérapie dans l'art dentaire par J. FOULON (*Revue internationale d'Odontologie,* décembre 1892.)

Après avoir donné quelques notions générales en électricité et quelques indications relatives à l'éclairage et à la thermo-caustie galvanique, notre très distingué confrère arrive à la partie vraiment originale de son travail :

Emploi des courants stabiles au traitement des dents affectées de caries du 4e degré ayant :

a) la pulpe en décomposition,

b) la racine affectée de périostite,

c) l'apex de la racine affecté d'un kyste pyogène.

Nous ne pouvons que recommander la lecture de cette très intéressante étude, bien personnelle à son auteur et toute nouvelle en France, dont nous aurons encore à nous entretenir à propos de la cataphorèse et aussi dans la technique opératoire.

Traitement du 4e degré compliqué par l'électrolyse par M. P. POINSOT (*L'Odontologie*, août 1893) communication à la *Société d'Odontologie,* séance du 4 juillet 1893 (*L'Odontologie,* octobre 1893).

Voici un extrait de l'observation relatée :

« C'était une petite molaire supérieure gauche, affectée d'un très vilain 4e degré de couleur grisâtre et qui était obturée.

Après avoir désobturé cette dent, nous ne pûmes que constater la perfection des soins qui avaient été donnés ; il ne restait plus de carie, les canaux dentaires étaient secs et antiseptisés, la cause de la douleur était bien extra-dentaire.

C'est alors que j'eus recours à l'électrolyse; je plaçais sur la partie labiale un tampon d'ouate mouillée et je maintenais en place le pôle négatif, tandis que j'introduisais dans le canal dentaire la pointe de platine du pôle positif.

J'établissais ensuite un courant de deux milliampères pendant trois minutes, ensuite j'élevais à 3, puis à 4 et enfin à 5 milliampères; le total du courant a été de huit minutes.

Le courant a donné de la douleur, puis celle-ci s'est apaisée, pour réapparaître à chaque nouvelle élévation du courant; enfin nous avons assisté à un phénomène intéressant : lorsque nous avons retiré la tige de platine, nous avons trouvé dans la bouche une cuillerée à café de pus

bien lié. La douleur disparaît, nous obturons la dent avec de la gutta-percha, puis Mme X... quitte Paris.

La patiente fut revue trois mois après ; bon résultat maintenu.

Emploi de l'électricité dans le traitement des hémorragies par le Dr M. G. JENISON, de Minneapolis (Etats-Unis), traduction de *The Ohio Dental journal* in *Progrès Dentaire*, août 1896[1].

* **Cataphorèse** par O. N. HEISE, de Cincinnati (*Ohio Dental journal*, février 1897).

Dans cet article sur la cataphorèse l'auteur indique un moyen de détruire la pulpe sans douleur par l'électrolyse[2].

(A suivre).

---

1 et 2. Voir chapitre III, technique opératoire.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, Paris.
Billard, L. Lemaire, s^r (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, Paris. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, Paris.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, Bruxelles.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, Paris. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, Paris.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, Paris.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, Paris.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, Paris.

TÉLÉPHONE 214-47 — **P.-A. Kœlliker et Cie** — *Grande exposition*, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. 45, rue de la République, Lyon ; 18, allées de Tourny, Bordeaux ; Zurich. — Genève.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, Bruxelles. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). } 70, boulevard Montparnasse, Paris. Chateauroux.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, Paris.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, Toulouse.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, Paris. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) } 22, rue Le Peletier, Paris. 44, place de la République, Lyon. 14, rue de Stassart, Bruxelles. 4, rue du Grütli, Genève.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, Paris.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, Paris. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. } *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, Lyon. 14, rue des Pyramides, Paris.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, Paris.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, Paris.

QUELS SONT LES ORGANES CONCOURANT A LA NUTRITION D'UN INDIVIDU ?

DU ROLE DES DENTS ET DES MODIFICATIONS QU'ELLES PEUVENT SUBIR SUIVANT LE DEGRÉ DANS L'ÉCHELLE ZOOLOGIQUE DE L'ESPÈCE ÉTUDIÉE.

Par M. J. Choquet,

Chef des travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 11 avril 1899).

(Suite)[1]

Chez l'homme nous savons que les dents sont localisées exclusivement aux maxillaires, tandis que chez les animaux d'ordre inférieur elles peuvent être situées dans des endroits absolument différents. Faut-il citer quelques exemples ?

Chez la grenouille il n'existera de dents qu'à la mâchoire supérieure, tandis que chez le mouton il n'existe d'incisives qu'à la mâchoire inférieure.

Si nous étudions les poissons, parmi les Cyclostomes, nous trouvons les Myxinoïdes dont la cavité buccale est seulement armée d'une dent palatine et de deux rangées de dents linguales. Ces poissons sont de véritables parasites, pénétrant dans le corps de poissons beaucoup plus gros qu'eux et s'y maintenant accolés au moyen de leurs dents. On ne peut mieux les comparer qu'au tænia dont nous avons parlé.

Parmi les Téléostéens la famille des Ésocidés nous montrera des dents préhensiles de tailles diverses sur la mâchoire inférieure et le palais, de petites dents sur les intermaxillaires, et des dents en carde sur le vomer et l'os hyoïde.

Certaines espèces de truites présentent même de fortes dents recourbées en arrière, placées sur la face dorsale de la langue. Elles sont implantées sur un véritable socle de tissu

1. Voir n° du 15 juillet.

dur inclus dans l'épaisseur de l'organe. Elles sont en général disposées sur deux rangées de trois dents.

Chez les Acanthoptères, nous trouverons dans la famille des Scombéridés tantôt de fines dents sur les deux mâchoires; d'autres fois sur le palatin et le vomer nous trouverons des dents pharyngiennes et même des dents œsophagiennes, comme cela se passe chez le stromateus.

Enfin chez les Physostomes, dans la famille des Cyprinidés, il y aura absence complète de dents, sauf dans le pharynx où ces organes seront représentés par de véritables boules disposées par rangées de 3.

Bien mieux, on a signalé chez certains ophidiens la présence de dents vertébrales servant à maintenir la proie pendant les phénomènes de l'absorption.

Enfin, chez certaines espèces, que l'on ne soupçonne pas, il existe de véritables organes masticateurs. Tel est le cas pour une sorte d'escargot, la *succinea putris*, dont la mâchoire supérieure est cornée et la radula couverte de dents disposées par rangées longitudinales et transversales.

Ainsi qu'on peut en juger, les dents, suivant les espèces, sont loin d'être toujours réparties dans les mêmes endroits du tube digestif.

Le mode d'attachement des dents variera, lui aussi, dans de grandes proportions.

Chez les mammifères, les dents sont implantées dans des alvéoles creusés dans le maxillaire et elles y sont maintenues par une membrane enveloppant la racine, connue sous le nom de ligament, tandis que chez les requins, celles-ci ne sont pas incluses dans le maxillaire, qui est cartilagineux, mais simplement maintenues par la membrane muqueuse.

D'autres fois, il existera une portion de tissu osseux différant de l'os du maxillaire même, et c'est sur cet os que sera maintenu l'organe dentaire. Tel est le cas pour l'anguille.

Enfin, il existera dans certains cas des dents à charnière comme celles que Tomes a décrites et des dents maintenues dans la mâchoire par ankylose.

De fait, il existe trois moyens d'attache des dents :

1° Par une membrane fibreuse.

2° Par ankylose.

3° Par implantation dans un alvéole.

Encore une fois, autant d'espèces, autant de variétés dans le mode d'implantation de ces organes aux maxillaires, autant de variétés dans la disposition le long du tube digestif, dans le nombre, dans la forme et dans la structure anatomique.

Nous ne pouvons songer à faire l'étude complète de la dentition de tous les animaux dentés.

Nous ne nous occuperons pour cette fois que des mammifères seuls, en cherchant à bien faire ressortir certains caractères qui permettront de différencier certains animaux les uns des autres.

Prenant l'homme comme prototype, nous savons que les dents sont incluses dans des alvéoles creusés dans les maxillaires mêmes, qui sont au nombre de deux : le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. Nous ne décrirons pas la structure de ceux-ci, nous la connaissons tous et ce serait traiter un sujet sortant complétement de la question que nous nous sommes proposée.

Nous prendrons donc les espèces inférieures à notre prototype et nous essaierons de définir aussi succintement qu'il est possible les variations qui peuvent exister dans la forme, la structure et la situation des dents.

Voyons tout d'abord les mammifères. Chez ceux-ci en règle générale plus l'angle facial sera droit et plus les dents seront rapprochées les unes des autres. La dentition sera complète et un maxillaire d'homme se différenciera d'un maxillaire de catarrhinien en ce qu'il n'existera pas d'intervalle pour recevoir les canines. Les dents dériveront en règle générale d'un type uniforme, le type conoïde, seul ou assemblé.

Il peut cependant, dans la race humaine, mais dans les races inférieures, témoin les Cafres, exister comme chez les catarrhiniens un véritable espace pour recevoir l'emplacement des canines antagonistes.

Si nous nous occupons des primates en général, nous voyons qu'à part l'angle facial qui ne dépasse guère 30° (tandis que chez l'homme la moyenne de cet angle est de 45°), la structure des maxillaires, les rapports anatomiques entre les diverses pièces osseuses constituant ces maxillaires sont les mêmes que chez l'homme. Il existe, il est vrai, un prognathisme accentué qu'on ne rencontre pas normalement chez l'homme. Où réside la différence avec les dents de l'homme, c'est en ce que les canines chez les singes sont beaucoup plus fortes que chez celui-ci et laissent, comme nous le disions plus haut, un intervalle assez grand de façon à pouvoir s'emboîter, se croiser l'une sur l'autre comme celles des carnivores.

Il existe des prémolaires comme chez l'homme au nombre de deux à chaque maxillaire chez les singes de l'ancien continent et de trois chez ceux du nouveau. Les grosses molaires sont au nombre de trois chez les uns et les autres, avec cette particularité que, à l'inverse des molaires humaines, c'est la dernière molaire qui a le plus fort volume. L'accroissement se fait d'avant en arrière.

Voyons maintenant quelles différences peuvent exister suivant les familles, soit dans la forme, soit dans la disposition des dents.

1° Sous-ordre. Arctopithèques. Singes du nouveau monde. Hapalidés. Trois prémolaires et seulement deux grosses molaires à tubercules pointus.

Dans cette famille, les hapales présentent des incisives inférieures disposées en ligne courbe, tandis que chez les midas celles-ci sont disposées en ligne droite, donnant ainsi au maxillaire la forme d'un trapèze.

2° Sous-ordre. Platyrrhiniens. Singe du nouveau monde. Pythécidés. Trois prémolaires et trois vraies molaires.

Le pythecia présente comme différenciation un maxillaire inférieur très élevé et de très fortes canines relativement courtes.

3° Sous-ordre. Catharriniens. Ancien monde = Deux prémolaires, trois molaires.

1° Cynocéphales. Prognathisme très net. Grosses canines semblables à celles des carnivores.

Les cercopythèques, semnopythèques et les hylobatidés ne présentent rien de particulier.

Dans la famille des anthropomorphes, la classe des gorilles ne présente comme différenciation que 5 tubercules à la dernière molaire inférieure, trois externes et deux internes.

La classe des troglodytes ne présente que quatre tubercules à la dernière molaire inférieure.

Comme composition de la dent, on trouve exactement les mêmes tissus que chez l'homme et les mêmes rapports anatomiques de ces différents tissus, savoir de la dentine, de l'émail et du cément. Celui-ci peut cependant présenter quelquefois, même chez des sujets jeunes, de larges canaux que Kölliker dit avoir toujours trouvé dans le cément humain.

Les prosimiens, que nous étudierons ensuite, sont pourvus d'un système dentaire complet, tenant le milieu entre celui des insectivores et celui des carnivores. L'angle facial est beaucoup plus faible que chez les primates. Maxillaires allongés, dents plus ou moins séparées, articulation condylienne forte. *La mâchoire inférieure ne se soude pas* à la symphyse. La dentition est variable. En général, il y a 4 incisives, dont les supérieures sont séparées par un grand diastème.

1re Famille. Galéopithèques. Deux incisives ou quelquefois une seule au maxillaire supérieur, une ou pas de canine, 2 prémolaires, 4 molaires.

Maxillaire inférieur = 2 — 1 — 2 — 4.

Les incisives inférieures sont inclinées en avant et dentelées fortement.

2° Famille. Chyromis = $\dfrac{\text{Maxil. sup. } 1 - 0 - 4}{\text{Maxil. inf. } 1 - 0 - 3}$.

Cette espèce se rapproche surtout des rongeurs par les incisives inférieures, saillantes et ne présentant *pas de racines*. Elles sont revêtues d'une couche d'émail sur toute leur longueur et sur toutes les faces.

3° Famille. Tarsidés $= \frac{2 - 1 - 3 - 3}{1 - 1 - 3 - 3}$.

4° Famille. Lémuridés $= \frac{2 \quad - 1 - 3 - 3}{2(1) - 1 - 2 - 3}$.

Les stenops et nycitebus ont une dentition ordinaire, mais la dernière molaire supérieure présente trois tubercules.

En règle générale chez cette famille des lémuridés il n'existe qu'une incisive supérieure, tandis qu'il y en a 2 en bas.

Lichanotinés. D $= \frac{2\ 1\ 2\ 3}{1\ 1\ 2\ 3}$.

Lémuriens. D $= \frac{2\ (0)\ 1\ 3\ 3}{2 \quad 1\ 3\ 3}$.

Couche de cément coronaire.

Galagininés. (Carnivores) $= \frac{2\ 1\ 3\ 3}{2\ 1\ 3\ 3}$.

3e Ordre. Chéiroptères. Frugivores. Insectivores, caractères généraux. Denture complète. Souvent il existe un large diastème entre les incisives par suite de la non-soudure des intermaxillaires.

Frugivores. *Ptéropidés*. Roussettes. D $= \frac{2\ 1\ 2\ 3}{1\ 1\ 3\ 3}$.

La langue est la plupart du temps garnie de pointes dures recourbées en arrière.

Harpyia. $= \frac{1 - 1 - 4}{0 - 1 - 5}$.

Cynopterus $= \frac{2 - 1 - 4}{2 - 1 - 5}$.

Hypoderma $= \frac{2\ (1)\ 1\ 4}{2\ (0)\ 1\ 6}$.

Insectivores. Gymnorinés. 1° Famille. Vespertilionés.

Plecotus et Synotus ou oreillards P $= \frac{2\ 1\ 2\ 3}{3\ 1\ 3\ 3}$.

Nycticejus. Incisives $\frac{1}{3}$ de chaque côté.

Vespertilio $= \frac{2\ 1\ 3\ 3}{3\ 1\ 3\ 3}$.

Vesperugo $= \frac{2 - 1 - 5}{3 - 1 - 5}$.

La vesperus ne présente que $\frac{4}{5}$ molaires, tandis que la miniopteris en présente $\frac{6}{6}$ molaires.

3e Famille. Taphozoidés.

Taphozous $= \frac{0 - 1 - 2 - 3}{2 - 1 - 2 - 3}$.

Mystacina $= \frac{1 - 1 - 2 - 3}{1 - 1 - 2 - 3}$.

2e Groupe = Caractères généraux = Intermaxillaires non-soudés aux maxillaires supérieurs. Molaires d'ordinaire avec des plis en forme de W.

1e Famille *Rhinolophidès*. Rhinolophus $= \frac{1 - 1 - 2 - 3}{2 - 2 - 3 - 3}$.

Phyllorina $= \frac{1 - 1 - 5}{2 - 1 - 5}$.

2e Famille. Mégadermidés. Megaderma $= \frac{2 - 1 - 2 - 3}{0 - 1 - 2 - 3}$.

Rhinopoma $= \frac{1 - 1 - 3 - 1}{2 - 1 - 2 - 3}$.

Nycteris $= \frac{2 - 1 - 3 - 1}{3 - 1 - 1 - 3}$.

Nyctophylus $= \frac{1 - 1 - 4}{3 - 1 - 5}$.

3e Famille. Phyllostomidés. Intermaxillaires soudés.

Phyllostoma. (Vampires) $= \frac{2 - 1 - 5}{2 - 1 - 5}$.

Vampyrus $= \frac{2 - 1 - 6}{2 - 1 - 6}$.

3e *Ordre*. CARNIVORES. Angle facial très faible. Pas de mouvements de latéralité dans les mâchoires. Arcade zygomatique très courbe. Jamais de molaires à tubercules

aigus. Présentent tous des incisives, canines très fortes, prémolaires et molaires. Ces dernières dents se divisent en carnassières et vraies molaires.

1[e] Famille. *Ursidés*. Caractères spéciaux. Deux vraies molaires d'un très fort volume, à tubercules mousses. La carnassière a ses tubercules plus tranchants.

Ursus. Molaires $= \frac{3 - 1 - 2}{4 - 1 - 2}$.

Raton et Ooatis. Molaires $= \frac{3 - 1 - 2}{4 - 1 - 1}$.

Kinkajous. Molaires $= \frac{2 - 1 - 2}{3 - 1 - 1}$.

2[e] Famille *Mustélidés*. Dent carnassière très développée précédant une seule molaire tuberculeuse.

Meles. Blaireaux. Molaires $= \frac{3 - 1 - 1}{4 - 1 - 1}$.

Mephitis et Melivora. Mouffettes. Molaires $= \frac{2 - 1 - 1}{3 - 1 - 1}$.

Gulo. Gloutons — $= \frac{3 - 1 - 1}{4 - 1 - 1}$.

Mustela. Martes ou fouines. Zibelines $= \frac{3 - 1 - 3}{4 - 1 - 1}$.

Putorius. Putois $= \frac{2 - 1 - 1}{3 - 1 - 1}$.

Lutra. Loutres $= \frac{3 - 1 - 1}{3 - 1 - 1}$.

Enhydris. Loutres de mer $= \frac{2 - 1 - 1}{3 - 1 - 1}$.

3[e] Famille *Vivérridés*. De chaque côté deux dents tuberculeuses supérieures et une inférieure.

Viverra. Civettes. Molaires $= \frac{3 - 1 - 2}{4 - 1 - 1}$.

Rhyzaena — $= \frac{2 - 1 - 2}{3 - 1 - 1}$.

4[e] Famille. *Canidés*. Prémolaires $= \frac{3}{4}$. Deux dents tu-

berculeuses en haut et en bas. Rarement trois. Carnassière supérieure à deux pointes, inférieure à trois.

Canis. Chiens. Loups. Molaires $= \frac{3 - 1 - 2}{4 - 1 - 2}$.

5[e] Famille. *Hyénidés*. Dentition semblable au chat, mais les canines sont plus courtes. Carnassières identiques, une seule dent tuberculeuse au max. sup.

Hyaena. Mol. $= \frac{3 - 1 - 1}{3 - 1 - 0}$. tubercules coniques.

Proteles. Pet. mol. pointues $= \frac{5\,(4)}{5\,(4)}$.

6[e] Famille. *Félidés*. Tête arrondie, mâchoires courtes à quatre molaires en haut et trois en bas. Une seule dent tuberculeuse, petite à la mâchoire supérieure et dirigée en dedans.

Formule dent. général des mol. $= \frac{2 - 1 - 1}{2 - 1 - 0}$.

4[e] *Ordre. — Pinnipèdes*. Tiennent le milieu entre les cétacés et les carnivores par leur système dentaire et leurs habitudes. Tête sphérique, très petite. Dentition = trois sortes de dents.

1[e] Famille. *Phocidés*, chiens de mer. Dentition complète. Canines courtes, molaires à tubercules pointus.

Halichoerus $= \frac{2 - 1 - 5}{3 - 1 - 5}$. Les molaires n'ont qu'un tubercule.

Phoca $= \frac{2 - 1 - 5}{3 - 1 - 5}$. Molaires à trois ou quatre pointes.

Leptonyx. Incisives $= \frac{2}{2}$.

Cystophora. Incisives $= \frac{2}{1}$

Otaria $= \frac{3 - 1 - 6\,(5)}{2 - 1 - 5}$.

2[e] Famille. *Trichéchidés*. Morses. Canines supérieures

très longues *sans racines*, molaires au nombre de trois sur chaque maxillaire.

Trichechus. 1° dentition $= \frac{3 - 1 - 5}{3 - 1 - 4}$.

Adulte $= \frac{2\,(1)\,1\,3\,(4)}{2\,(0)\,0\,3\,(4)}$.

5° *Ordre. — Insectivores.* Servent de trait d'union entre les carnivores et les chéiroptères, car leur dentition est en tous points semblable à celle des chauves-souris insectivores. Deux mouvements dans la mâchoire. En règle générale les molaires portent des tubercules pointus, les incisives sont très fortes et se distinguent difficilement des canines.

1e Famille. Erinacéinés. Hérissons $= \frac{2 - 1 - 7}{2 - 1 - 5}$.

2e Famille. Soricidés. Musaraignes $= \frac{1 - 7}{1 - 5}$.

Macroscélinés $= \frac{3 - 1 - 6}{3 - 1 - 6}$.

Soricinés 28 à 33 dents.

Myogales 44 dents.

3e Famille. Talpidés. Taupes $= \frac{3 - 1 - 3 - 4}{4 - 1 - 2 - 4}$.

Chrysochloris 36 à 40 dents.

Condylura cristata $= \frac{3 - 1 - 3 - 3}{4 - 1 - 2 - 4}$.

Scalops aquaticus 36 dents.

6e *Ordre. — Rongeurs.* Espèces très nombreuses, dont certaines tiennent le milieu entre les ongulés et les insectivores. Très peu sont omnivores, tandis que la majorité se nourrit de racines. En général il existe deux incisives grandes taillées en biseau à émail d'accroissement localisé seulement à la partie antérieure et descendant dans l'alvéole.

Il n'existe pas de canines. Les molaires suivant les espèces varient de $\frac{2}{2}$ à $\frac{6}{5}$. Presque toutes présentent des plis d'émail transversaux.

Exception est faite pour les omnivores, qui présentent une surface garnie de tubercules.

Il peut exister ou non des mouvements de latéralité des maxillaires pendant la mastication.

1e Famille. Léporidés $= \frac{1 - 0 - 5\ (6)}{1 - 0 - 5}$. Cette espèce se distingue de tous les autres rongeurs en ce qu'il existe derrière les incisives et au talon de petites dents rudimentaires. Les molaires inférieures se trouvent sur une arcade plus étroite qu'à la mâchoire supérieure. Mouvements de latéralité pendant la mastication.

Il peut exister cinq ou six molaires à la mâchoire supérieure, tandis que chez le lagomys il n'y a jamais que cinq molaires supérieures et cinq inférieures.

2e Famille. Subungulés $= \frac{1 - 0 - 4}{1 - 0 - 4}$. Les molaires présentent tantôt des tubercules, tantôt des stries transversales.

Coelogenys. Molaires à plis d'émail.

Hydrochoerus. Incisives supérieures sillonnées.

3e Famille. Hystricidés. Molaires au nombre de quatre de chaque côté à replis d'émail.

Incisives teintées sur leur face antérieure.

4e Famille. Octodontidés. Ordinairement quatre molaires à chaque mâchoire. Quelquefois trois seulement. Il existe des replis d'émail, mais ces dents *n'ont généralement pas de racines.*

Capromys. Il existe chez ces animaux sur les molaires supérieures un pli d'émail profond à la face externe et deux à la face interne.

5e Famille. Lagostomidés. Tiennent le milieu entre les lièvres et les souris. Ont la dentition des lièvres. Les molaires n'ont pas de racines et sont formées de trois lamelles d'émail.

6e Famille. Dipodidés $= \frac{1\ 3\ (4)}{1\ 3\ (4)}$. Molaires à pli d'émail.

Jaculus $= \frac{1 - 4}{1 - 4}$.

Dipus $= \frac{1 - 4\,(3)}{1 - 3)}$. Incisives supérieures à sillon longitudinal médian.

7[e] Famille. Muridés. Molaires à replis d'émail pouvant se trouver au nombre de deux, trois ou quatre à chaque mâchoire. Il existe des racines.

Cricetus. Hamsters $= \frac{1 - 3}{1 - 3}$. Incisives supérieures dépourvues de sillons. Molaires présentant deux tubercules sur chaque lamelle transversale.

Mus. Rats. Incisives lisses antérieurement $= \frac{1 - 3}{1 - 3}$.

Hydromis $= \frac{1 - 2}{1 - 2}$.

Meriones $= \frac{1 - 3}{1 - 3}$. Incisives supérieures sillonnées.

8[e] Famille. Arvicolidés. Campagnols $= \frac{1 - 3}{1 - 3}$.

Les molaires sont dépourvues de racines et présentent des plis d'émail en zigzag.

9[e] Famille. Géorychidés. Incisives très grosses avec ou sans sillons. Molaires au nombre de trois ou quatre présentant des racines.

Bathyergus $= \frac{1 - 4}{1 - 4}$. Incisives sillonnées.

Georychus $= \frac{1 - 4}{1 - 4}$. Incisives non sillonnées.

Chthonoergus $= \frac{1 - 3}{1 - 3}$. Molaires sans racines

10[e] Famille. Géomidés. $= \frac{1 - 4}{1 - 4}$.

Géomys. Incisives supérieures présentant un sillon médian.

11[e] Famille. Castoridés. Incisives très fortes et proéminentes. Molaires au nombre de quatre à chaque mâchoire, dépourvues de racines et présentant des plis d'émail transversaux.

12[e] Famille. Myxoidés. Loirs $= \frac{1 - 4}{1 - 4}$. Molaires à plis d'émail transversaux.

13[e] Famille. Sciuridés. Ecureuils $= \frac{1 - 5\ (4)}{1 - 4}$.

Incisives teintes en jaune antérieurement. Molaires à couronne d'émail triangulaire ou carrée présentant quelques tubercules.

7[e] *Ordre. — Proboscidiens.* Animaux chez lesquels on trouve, suivant l'âge, une, deux, trois molaires composées de lames d'émail soudées parallèlement. Il n'existe ni canines ni incisives inférieures chez les éléphants.

Eléphantidés. Eléphants. Deux défenses sur les intermaxillaires. Prémolaires, trois, molaires, trois (Owen).

Les molaires formées de lames d'émail réunies par du cément coronaire.

Lamnungia. Hyrax $= \frac{1\ 0\ 6\ (8)}{2\ 0\ 6\ (7)}$.

Ongulés.

8[e] *Ordre. — Artiodactyles,* ruminants.

En général les ruminants manquent de canines et d'incisives à la mâchoire supérieure. Les dents inférieures à cément coronaire semblent mobiles dans leurs alvéoles, quoiqu'elles y soient très solidement implantées. Il existe huit et rarement dix incisives à la mâchoire inférieure. Les molaires sont au nombre de cinq, six ou sept avec des replis d'émail en forme de croissant.

Mouvements de latéralité dans les mâchoires.

1[e] Famille. Tylopoda. Se distinguent des autres ruminants par la conformation de leur dentition. Il existe au maxillaire supérieur, sur les intermaxillaires, quatre à six incisives dans la jeunesse, tandis qu'il n'en persiste que deux plus tard. Il existe aussi des canines très développées.

Lama. Molaires $= \frac{6 - 5 - 5}{5 - 5 - 4}$.

Camelus. Chameaux. Molaires toujours $= \frac{6}{5}$.

2e Famille. Devexa. Girafes. Pas d'incisives ou de canines supérieures. Les molaires au nombre de six à chaque mâchoire.

3e Famille. Moschidés. Molaires $= \frac{6}{6}$. Canines supérieures très développées chez le mâle.

4e Famille. Cervidés. Cerfs $= \frac{6}{6}$. Canines très fortes à la mâchoire supérieure.

5e Famille. Cavicornes. Pas de canines et incisives supérieures. Molaires $= \frac{6}{6}$. Incisives inférieures huit.

8e *Ordre. — Ongulés. Artiodactyles pachydermes.* Caractères généraux. Toujours des canines.

1e Famille. Anoplothéridés. Trois espèces de dents. Canines ne dépassant guère les autres dents $= \frac{3\ 1\ 4\ 3}{3\ 1\ 3\ 3}$.

2e Famille. Siudés. Les incisives, au nombre de quatre à six, sont obliques et irrégulières. Canines très allongées. Les molaires $= \frac{6}{6}$ ou $\frac{7}{7}$.

Phacochoerus $= \frac{1 - 1 - 2 \mid 3}{3 - 1 - 2 \mid 3}$.

Porcus $= \frac{2 - 1 - 2 \mid 3}{3 - 1 - 2 \mid 3}$.

Dicotyles $= \frac{2 - 1 - 3 \mid 3}{3 - 1 - 3 \mid 3}$.

Potamochoerus $= \frac{3 - 1 - 3 + 3}{3 - 1 - 3 - 3}$.

Sus $= \frac{3 - 1 - 4 - 3}{3 - 1 - 4 - 3}$. Incisives inférieures dirigées obliquement en avant.

3e Famille. Obesa. Quatre incisives cylindriques à chaque mâchoire. Fortes canines, surtout les inférieures, sept mo-

laires à chaque mâchoire pendant la jeunesse. Les premières prémolaires tombent et il reste seulement $= \frac{3\ 3}{3\ 3}$.

Hippopotamus $= \frac{2 - 1 - 4\ 3}{2 - 1 - 4\ 3}$.

9e *Ordre.* — *Ongulés. Imparidigités.* Animaux herbivores ou omnivores. Les incisives, lorsqu'elles existent, sont grosses et taillées en biseau.

Elles peuvent tomber ou ne pas exister du tout à la mâchoire inférieure, ou bien encore elles peuvent s'allonger et devenir des armes défensives. Les canines n'existent guère qu'à la mâchoire supérieure. Il existe toujours un grand diastème entre ces dents et les molaires qui existent toujours et sont traversées par des plis de l'émail et hérissées de tubercules mousses.

1e Famille. Tapiridés $= \frac{3 - 1 - 4\ 3}{3 - 1 - 3\ 3}$.

2e Famille. Rhinocéridés. Pas de canines, mais quatre incisives rudimentaires.

Molaires supérieures au nombre de sept, carrées.

3e Famille. Equidés $= \frac{4 - 1\ (0) - 7}{4 - 1\ (0) - 7}$.

10e *Ordre.* — *Cétacés.* Animaux présentant fréquemment des mâchoires dépourvues de dents.

Lorsqu'il en existe, elles sont ou normales ou bien ont subi des transformations notables, exemple : les fanons de la baleine. En règle générale, il n'existe pendant la vie extra-utérine qu'une seule dentition, les dents de lait tombant pendant la gestation.

Une seule exception est faite pour les sirènes.

1er *Sous-ordre.* — Cétacés carnivores. Dents préhensiles coniques ou fanons.

1er *Groupe.* — *Cétodontes.* Cétacés munis de dents coniques préhensiles tantôt sur une seule mâchoire, tantôt sur les deux. Il n'existe pas de renouvellement des dents.

1e Famille. Delphinidés.

Orque. Grosses dents peu nombreuses.

Globiocéphale. De neuf à quatorze dents à chaque mâchoire.

Delphinus. Dents fines persistantes et très nombreuses.

Zuglodontes. Cétacés fossiles trouvés dans le terrain tertiaire. Les molaires supérieures présentent deux racines.

2e Famille. Monodontes (Narvals). Deux dents seulement à la mâchoire supérieure. Celle de gauche en général présente un très grand développement. Elle est cannelée et en spirale.

3e Famille. Hyperoodontes. A la mâchoire inférieure et de chaque côté seulement une ou deux dents.

4e Famille. Catodontidés. (Cachalots). Pas de dents à la mâchoire supérieure. Une rangée de dents coniques à la mâchoire inférieure.

Catodons. Quarante à cinquante dents à la mâchoire inférieure.

2e *Groupe. Mysticetes.* Mâchoires dépourvues de dents remplacées par des fanons.

Groupe comprennant les balénidés, balénoptères, mégaptères.

2e *Sous-ordre.* Cétacés herbivores. Montrent une grande parenté avec les pachydermes par rapport à leur dentition. Les incisives sont renouvelées ; il n'y a pas de canines, sinon sous forme de défenses comme chez le dugong. Molaires à couronne plate.

1e Famille. *Sirenia.*

Manatus. (Lamentins) Molaires à couronne carrée $= \frac{1}{0}$.

Dents de lait $= \frac{0\ 8\ 10}{0\ 8\ 10}$.

Halicores. (Dugongs). Deux incisives très longues à la mâchoire supérieure (défenses) plus cinq molaires à chaque mâchoire.

Rhytina (Stellères). Mâchoires dépourvues de dents qui sont remplacées par deux plaques cornées sur le palais et la mâchoire inférieure.

11ᵉ *Ordre. — Edentés.* Mammifères présentant de grandes variations dans la dentition, qui n'existe pas dans certains cas. Les incisives sont toujours absentes. Quant aux molaires, elles sont ordinairement nombreuses et dépourvues de racines. L'émail n'existe pas.

1ᵉ Famille. Vermillingues. Fourmiliers. Sauf chez l'oryc-teropus, qui possède quelques molaires plates $= \frac{6}{6}$, assez molles, les vermillingues sont édentés.

Les tamanoirs et pangolins sont édentés.

2ᵉ Famille. Dasypodes (Tatous). Pas d'incisives. Petites molaires cylindriques à chaque mâchoire.

Dasypus $= \frac{26}{24}$.

4ᵉ Famille. Bradypodes (Paresseux). Molaires cylindriques au nombre de trois ou quatre de chaque côté. Incisives et canines parfois absentes.

12ᵉ *Ordre. — Marsupiaux.* Mammifères à système dentaire très varié suivant le genre d'alimentation. Les uns sont herbivores et se rapprochent des rongeurs ou des ongulés, d'autres omnivores, d'autres enfin sont carnivores.

1ᵉʳ *Sous-ordre. — Glirines.*

1ᵉ Famille. Phascolomydés $= \frac{1 - 0 - 1 \quad 4}{1 - 0 - 1 \quad 4}$.

2ᵉ *Sous-ordre. — Macropodes.* Dentition égale à celle du cheval, moins deux incisives à la mâchoire inférieure, qui manque aussi de canines.

Une prémolaire et quatre molaires en haut et en bas. Les canines manquent quelquefois ou sont atrophiées à la mâchoire supérieure.

2ᵉ Famille. Halmaturidés. Kangourous $= \frac{3\ 1\ 1 \mid 4}{1\ 0\ 1 \mid 4}$.

Macropus. Canine supérieure petite ou nulle.

3ᵉ *Sous-ordre. — Scadentia* (Grimpeurs). Mammifères présentant deux grosses incisives inférieures opposées à six incisives supérieures (deux centrales très grosses, quatre

latérales très petites). Les canines existent toujours à la mâchoire supérieure. A la mâchoire inférieure elles manquent ou sont atrophiées. Les molaires sont en nombre variable.

1e Famille. Phascolarctidés. (Koala) $= \frac{3 . 1 . 1 . 4}{1\ 0\ 1\ 4}$.

2e Famille. Phalangistidés $= \frac{3 - 1 - 2 - 4}{1 - 0 - 1 - 4}$.

Phalangista $= \frac{3 - 1 - 1 - 4}{1 - 1 - 1 - 4}$ ou $\frac{3 - 1 - 3 - 4}{1 - 1 - 2 - 4}$.

Tarsipes $= \frac{2 - 1 - 4 - 4}{1 - 0 - 3 - 4}$. Molaires très petites, séparées par des diastèmes. Incisives inférieures très longues.

4e *Sous-ordre. — Rapaces.* Dentition tenant le milieu entre celle des carnivores et celle des insectivores. Les incisives sont nombreuses $= \frac{4}{3}$ ou $\frac{5}{4}$. Les canines existent aux deux maxillaires. Les prémolaires sont nombreuses à un seul tubercule. Quant aux molaires, elles sont au nombre de quatre ou six.

1re Famille, Péramélidés $= \frac{5\,(4)\ 1\ 3\ 4}{3\quad 1\ 3\ 4}$.

2e Famille, Dasyuridés $= \frac{4 - 0 - 2\,(3)\,4\,(6)}{3 - 0 - 2\,(3)\,4\,(6)}$.

Myrmecobius $= \frac{4 - 1 - 4\,(3) - 4\,(5)}{3 - 1 - 5\,(3) - 4\,(6)}$.

Phascogale $= \frac{4 - 1 - 3 - 4}{3 - 1 - 3 - 4}$.

Dasyurus $= \frac{4 - 1 - 2 - 4}{3 - 1 - 2 - 4}$.

Thylacinus (Loup Zébré) $= \frac{4 - 1 - 3 - 4}{3 - 1 - 3 - 4}$.

3e Famille. Didelphyidés. (Sarigues) $= \frac{5 - 1 - 3 - 4}{4 - 1 - 3 - 3}$.

13e *Ordre. — Monotrèmes.* Caractères généraux : mâchoires allongées en forme de bec, dépourvu de dents.

Ornithorhynx. Bec de canard large et aplati. Deux dents *cornées* de chaque côté sur chaque mâchoire.

Echidnés. Bec allongé, mince et cylindrique, mâchoires dépourvues de dents, mais le palais et la langue sont couverts de papilles cornées.

Ici s'arrête la classe des mammifères que nous nous étions proposé d'étudier au point de vue de la dentition.

Comme on peut s'en rendre compte, cette dentition varie considérablement au point de vue du nombre, de la forme et de la structure des organes dentaires. Mais ces variations sont encore plus appréciables dans les espèces inférieures à celles qui ont été étudiées et qui feront l'objet d'une communication ultérieure et ayant trait principalement à la dentition des reptiles et des poissons.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DOCTEUR** connaissant dentisterie et prothèse achèterait bon cabinet Paris ou province ou accepterait une association. En cas d'association à Paris apporterait nombreuses relations mondaines et médicales. Ecrire à M. Hautié, 14, rue du Casino, aux Sables d'Olonne (Vendée). (157-1)

---

2 **A CÉDER** à Marseille, pour *cause de santé*, cabinet dentaire avec bonne petite clientèle. On cèderait à part la clientèle, ainsi que l'outillage de cabinet et d'atelier en très bon état. S'adresser à la Pharmacie générale, Marseille. (156-1)

---

3 **BON OPÉRATEUR**, élève du *Dr Bing*, connaissant bien l'aurification, couronnes et travaux à pont, etc., désirerait une place, Paris ou province. Ecrire S. D. S., 45, Quai de Courbevoie, à Courbevoie (Seine). (155-1)

---

4 **M. F. BRUN**, terminant actuellement ses études à l'Ecole dentaire de Paris demande une place d'opérateur à Paris, pour le mois d'août, il pourrait rester 3 années. Ecrire à M. F. Brun, 10, rue Poulet. (154-2)

---

5 **BON OPÉRATEUR**, *diplômé de la Faculté*, connaissant bien l'aurification, désirerait pour le mois d'octobre une place Paris ou Province. L. C. S'adresser à M. Papot, 67, rue Saint-Lazare. (153-4)

---

6 Un **CABINET DENTAIRE** situé dans le 1er arrondissement à céder, (pour raison de famille) muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z. Maison G. H. Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-4)

---

7 8 **A CÉDER**, conditions avantageuses, avec ou sans mobilier et instruments, le plus ancien et le meilleur cabinet de très bonne ville de 20.000 habitants ; nombreux et excellents environs, population de 200 mille habitants, 3 heures de chemin de fer de Lyon. Vendeur resterait avec successeur quelques mois, clientèle riche assurée, excellente affaire soit pour un Docteur en médecine, ou un patenté, ou un diplômé. On mettrait au besoin un docteur au courant pendant une année. Ecrire à M. Dudzinski, dentiste à façon, 12, rue Bertin-Poirée, Paris, qui donnera indications. (150-151-4)

---

9 **RAISON DE SANTÉ.** *A céder tout de suite*, cabinet fondé depuis cinquante ans, très bien situé dans grande ville du Nord, affaires 15 à 18.000 fr. pas de frais. **Occasion très avantageuse**. Ecrire D. L. L. aux soins de M. Papot, 67, Rue Saint-Lazare. (149-4)

---

10 Une personne possédant le diplôme de l'*Ecole Dentaire de Genève* cherche **PLACE D'ASSISTANT**. Pour renseignements s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, Chaussée-d'Antin, Paris. (147-5)

---

11 **DANS VILLE DE 35,000 AMES**, *station hivernale* (à cette époque, population augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, et actuellement 30,000 francs.

12 Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires. Installation récente et de premier ordre. **Tour électrique**, etc., etc. Pour renseignements, s'adresser Maison P.-A. Kœlliker et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-6)

---

13 **RAISON DE SANTÉ**. A céder dans une *ville de l'Est*, Bon cabinet. Ecrire L. S. D. aux soins de M. Ed. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-1)



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juin 1899.

PRÉSIDENCE DE M. LEMERLE, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — PROCÈS-VERBAL.

M. Lemerle. — Le procès verbal de l'avant-dernière séance a été publié dans le dernier numéro du journal. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

M. Plastchick. — Je désire en présenter une.

On peut confectionner une couronne solide même en cas d'articulation très basse si, au lieu de se servir de faces de dents soudées entre elles avec de la porcelaine, on procède de la façon suivante :

On fait la bague, qui doit entourer la racine, en platine et on la soude à l'or fin ; on couvre ensuite la bague avec un morceau de toile de platine qui sera soudé aussi à l'or fin ; il ne restera plus qu'à reconstituer la couronne avec de la porcelaine qui, je le répète, aura l'avantage d'être d'un seul bloc adhérant intimement aux mailles de la toile.

J'ai vu entre autres une couronne ainsi fabriquée, dans un cas d'articulation très basse, résister très bien aux efforts d'une mastication vigoureuse.

Je parle bien entendu de la porcelaine high fusing d'Ash qui fond très bien dans le four électrique, où cependant je ne pus fondre celle d'Allen, qui cuit dans les fours à gaz, dans lesquels, aidé par une soufflerie puissante, on peut arriver à 1400 degrés.

Sous le bénéfice de cette observation le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Lemerle. — Avant de donner la parole à notre sympathique confrère, M. Mendel Joseph, permettez-moi de vous dire un mot au sujet de la mission remplie auprès de l'Association Dentaire Britannique par les délégués de la Commission du Congrès international de 1900. Cette délégation, composée de MM. le Dr Sauvez et Choquet, auxquels s'était joint M. Duncombe, de Lisieux, s'est rendue pendant les vacances de la Pentecôte à Ipswich, où se tenait le congrès annuel de cette Association.

Comme vous avez pu le lire dans la note publiée dans le dernier numéro de *L'Odontologie*, nos délégués ont complètement réussi dans leur mission. L'Association Dentaire Britannique a accepté l'invitation qui lui était faite; elle a nommé un Comité national chargé d'organiser la participation de nos confrères anglais au Congrès international de 1900, où elle sera largement représentée.

Mais ce que la petite note du journal ne dit pas et que je tiens à vous faire connaître, c'est la façon toute cordiale et vraiment hospitalière avec laquelle nos délégués ont été reçus. *(Applaudissements.)*

Nos amis le Dr Sauvez et Choquet sont revenus rapportant un souvenir des plus agréables de leurs confrères anglais.

Je dois ajouter également que la mission de nos délégués a été rendue des plus faciles par les bons offices de M. Cunninghan, qui s'est mis entièrement à leur disposition.

Je crois être votre interprète à tous en adressant à nos confrères de la British Dental Association et en particulier à M. Cunningham l'expression la plus sincère de nos sentiments de bonne confraternité. *(Applaudissements.)*

II. — Contribution a l'étude de la pigmentation dentaire, par M. Mendel Joseph.

M. Mendel Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet et *M. Viau* relate le cas qui a provoqué l'observation de M. Mendel Joseph.

Discussion.

M. Viau. — Le retour de la dent à sa coloration normale prouve une fois de plus avec quel discernement il faut agir en pareille occurence et combien il est indispensable d'user de toutes les ressources thérapeutiques avant de recourir à l'opération radicale de la trépanation.

M. Mendel Joseph. — L'observation de M. Viau présente, à mon avis, une contribution importante à l'étude de la physiologie des tissus dentaires et plus spécialement aux connaissances des phénomènes de nutrition de la dentine. Elle tend à prouver que le mouvement de va et vient moléculaire, grâce auquel les matériaux de nutrition y sont apportés et en sont rejetés, est beaucoup plus actif dans ce tissu qu'on ne veut l'admettre.

En effet, voici une dent qui reçoit un choc violent, une rupture vasculaire et une extravasation sanguine s'ensuivent, la matière colorante du sang extravasé envahit le contenu des canalicules dentinaires, y séjourne pendant quelque temps et donne à la dent une

coloration rosée ; puis, peu à peu, la matière colorante se résorbe, la pulpe se reconstitue et la dent reprend sa teinte primitive.

Cette pénétration de la matière colorante dans l'intérieur des tubes dentinaires et la résorption subséquente de cette même matière chromatique n'attestent pas simplement l'existence dans la dentine des échanges nutritifs, ce qui ne saurait être contesté pour un tissu doué d'une sensibilité si parfaite ; elles affirment, de plus, l'existence dans ce tissu d'un mouvement de nutrition actif, énergique, dont il importe désormais de tenir compte dans l'interprétation de certaines manifestations pathologiques dont les dents peuvent être le siège et qui sont à l'heure actuelle l'objet de vives et intéressantes discussions : j'entends parler de l'hypothèse selon laquelle, sous l'influence des états pathologiques généraux, il se produirait dans la dentine un travail de résorption des matières calcaires et par suite une diminution de résistance de ce tissu contre l'action des facteurs délétères.

M. Choquet. — Je crois qu'avant de discuter plus longuement il serait non seulement utile, mais nécessaire d'examiner au microscope la coupe que M. Mendel Joseph nous présente ce soir.

M. le Dr Sauvez. — De tout ce que vient de nous dire M. Mendel Joseph, il semblerait ressortir que nous nous trouvons en présence d'un fait anatomique nouveau. A l'encontre de M. Joseph, je considère la fibrille de Tomes comme s'appliquant *intimement* sur les parois des canalicules de la dentine, et cela, sans interposition aucune de substance protoplasmique.

M. Godon. — Ainsi, d'après M. Mendel Joseph, l'observation qu'on nous présente serait la preuve qu'il existe une véritable circulation dans les canalicules dentinaires ?

M. Choquet. — M. Viau a-t-il cherché à se rendre compte si, à la percussion, il y avait de la douleur et si cette dent ressentait les impressions thermiques ?

M. Viau. — Cette dent était exactement dans le même état que ses voisines, sauf que la coloration était intense.

M. Choquet. — Bien, mais une fois qu'elle fut revenue à la couleur primitive, à la couleur normale, avez-vous remarqué s'il se produisait de la sensibilité au chaud ou au froid ?

M. Viau. — Absolument aucune.

M. *Choquet.* — On a parlé de traumatisme, même léger, pouvant occasionner la mortification de la pulpe et par la suite la coloration de la dent. Je ne suis pas tout à fait de cet avis. Je tiens à vous rappeler ce soir l'observation que je vous ai présentée, il y a deux ou trois ans, concernant un cas de réimplantation. Je faisais à ce moment à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, en collaboration avec un de mes amis, quelques recherches sur les phénomènes qui se produisent dans l'implantation. Incidemment j'eus à faire sur le même animal, un

chien de forte taille, une réimplantation immédiate. Ayant extrait la mitoyenne droite, je replaçai cette dent dans son alvéole aussitôt qu'elle venait d'en être ôtée. Le ligament ne s'est pas trouvé à l'air plus d'une dizaine de secondes et la dent n'a été plongée dans aucun antiseptique. L'organe réimplanté a été maintenu pendant une huitaine au moyen d'une ligature métallique. Au bout d'environ quatre mois, la dent réimplantée étant très solide, quoique tranchant franchement sur les autres dents par une coloration rouge foncé, j'eus besoin d'abattre l'animal pour me rendre compte des phénomènes qui s'étaient produits dans la dent implantée. Mais, avant d'abattre ce sujet, je voulus m'assurer de ce qui avait pu se passer dans la pulpe de l'organe réimplanté. L'animal fut donc maintenu sur la table à expériences, la gueule largement ouverte et, au moyen d'une pince coupante, je sectionnai la dent réimplantée. A mon grand étonnement il vint sourdre une goutte de sang. L'animal n'avait fait entendre aucun gémissement pendant cette opération. Je voulus alors examiner si, la circulation sanguine étant évidente, la sensibilité nerveuse avait, elle aussi repris. Une sonde tire-nerfs fut introduite dans le canal sans que l'animal témoignât la moindre douleur. Seul, le sang coulait plus abondamment par l'orifice sectionné.

J'étais donc fixé à ce sujet. Malgré un traumatisme des plus violents, puisqu'il y avait eu rupture complète du ligament et des filets sanguins et nerveux par suite de l'extraction, la dent en question avait repris ses moyens d'attache dans l'alvéole. S'il n'y avait pas sensibilité nerveuse, il y avait tout au moins circulation, et circulation très nette. Ce n'était pas du sang noirâtre qui s'écoulait de la dent, mais bien du sang rouge vermeil, et malgré le traumatisme nous n'avions pas eu forcément mortification.

M. Richard-Chauvin. — Vous n'avez pas eu une mortification rapide, c'est vrai, mais il faudrait supposer que la vie avait repris dans cette dent.

M. Gross. — Avez-vous enlevé la pulpe ? Le sang que vous nous signalez pouvait parfaitement provenir du périoste que vous auriez lésé dans sa portion apicale en sectionnant la dent avec la pince coupante.

M. Choquet. — Pardon, c'est bien la pulpe à laquelle j'avais affaire et j'ajouterai comme raisons probantes que le sang est venu sourdre aussitôt la section faite, section ayant laissé la partie supérieure de l'organe vital dans la couronne. De plus les dents du chien, surtout les incisives, ne sont pas droites comme les nôtres ; elles sont incurvées, le canal pulpaire est excessivement plat et ne m'aurait pas permis de faire pénétrer mon tire-nerfs jusqu'à l'apex. Enfin, la partie apicale possède une ouverture encore plus fine que chez l'homme.

M. Loup. — Avant de rédiger mon rapport au Congrès de Nancy, sans connaître les expériences faites par M. Choquet, j'avais pris connaissance d'expériences semblables au point de vue de la circulation sanguine. Ces expériences comprenaient l'implantation dans une crête de coq d'une dent venant d'être extraite. J'ai refait la même expérience et les résultats ont été identiques à ceux que vient de nous signaler M. Choquet. La dent avait repris ses moyens d'attache sur son ligament et la circulation sanguine, elle aussi, s'était reformée.

M. Mendel Joseph. — L'observation de M. Choquet est très intéressante. A-t-elle été relatée ?

M. Choquet. — Oui, relatée et imprimée dans le journal au cours d'une discussion.

M. Mendel Joseph. — L'explication que nous a donnée M. Sauvez peut être vraie, mais elle ne concorde pas avec le fait.

La coupe que je vous soumets ce soir provient d'une dent d'un cobaye dont le système vasculaire a été injecté au bleu de Prusse. Par suite d'une rupture vasculaire dans la pulpe de cette dent, la masse d'injection a pénétré dans l'intérieur des canalicules dentinaires. Le mécanisme de diffusion ne saurait ici être appliqué, car c'est la gélatine qui forme la base de la masse d'injection et cette substance ne possède pas de propriété de diffusibilité. Il faut donc admettre ou tout au moins supposer qu'entre la fibrille et les parois du canalicule il existe un espace comblé par une matière protoplasmique ou autre. Autrement, comment expliquer cette coloration intense dans toute la longueur des canalicules et même dans leurs ramifications latérales ? D'ailleurs, la fibrille dentinaire étant un prolongement de la cellule odontoblastique et, par conséquent, un élément anatomique figuré, ne saurait accomplir toutes ses fonctions sans être entourée d'un liquide protoplasmique.

M. Choquet. — Dans le traité d'anatomie dentaire de Tomes, il existe une figure représentant un fragment de dentine, duquel sortent les gaînes de Neumann et, de celles-ci, viennent déboucher les fibrilles. De prime abord on peut croire en effet qu'il existe un espace entre la fibrille et les parois de la gaîne, vu la différence de diamètre existant entre ces deux éléments. Mais, nous basant sur l'emploi de la décalcification qui a certainement été employée en pareil cas, il nous faut bien admettre aussi que cette décalcification a dû avoir une influence néfaste sur la fibrille de Tomes. Celle-ci, au contact des acides s'est certainement amincie et a quitté pour ainsi dire les parois des gaînes de Neumann, sur lesquelles elles doivent s'appliquer intimement d'après ce que nous a dit M. le Dr Sauvez.

M. le Dr Sauvez. — Il vaut mieux, je crois, s'en tenir là, car nous

pourrions discuter à perte de vue sur ce sujet, qui pourrait faire l'objet d'une communication très intéressante.

M. Lemerle. — Le mot de pigmentation qui a été employé pour le cas cité par M. Viau ne me semble pas très juste.

M. le Dr Sauvez. — En tout cas, ce qu'il y a eu de probant et de particulier dans ce cas, c'est la coloration rouge qui s'est formée et qui a ensuite disparu complètement.

M. Godon. — Après cette discussion il y a lieu de se demander si la dent en question est bien vivante et si la disparition de la coloration anormale qui s'était produite après le traumatisme n'est pas simplement le résultat du phénomène chimique dans les canalicules d'une dent morte. Nous avons tous vu des dents mortes et qui avaient conservé l'apparence et la coloration des dents vivantes. M. Viau peut-il nous renseigner à ce sujet ?

M. Viau. — Ainsi que je l'ai dit, la dent présente actuellement tous les aspects d'un organe normalement vivant.

M. Choquet. — Il ne faudrait pas croire qu'une dent morte par suite de traumatisme et de rupture du ligament entraîne toujours avec elle une coloration, soit bleue, soit rouge.

Dans certains cas, il se produit au contraire, à la longue, une véritable *décoloration*, l'organe atteint devenant beaucoup plus clair que ses voisins et tranchant nettement sur ceux-ci. Si l'on vient à trépaner la dent, on se trouve en présence d'une pulpe absolument momifiée. Cette sorte de décoloration ne se produit que rarement ; pour ma part, je ne l'ai observée que deux fois ; mais, lorsqu'elle se produit, c'est,comme je l'ai dit, *à la longue* et l'organe tend à s'allonger. A part la suppuration du collet qui n'existe pas, la dent présente l'aspect d'un organe en voie de perte par suite de gingivite expulsive.

M. Loup. — Un jeune homme qui avait fait une chute sur la face vint un jour me consulter pour une de ses dents qui était branlante. J'examinai celle-ci par transparence au moyen de la lampe cristal ; je ne distinguai rien d'anormal. L'idée me vint alors d'employer, associé à l'éclairage par cette lampe cristal, un verre bleu comme celui que l'on emploie à Saint-Lazare pour observer les pigmentations syphilitiques. Je pus distinguer alors très nettement, dans toute l'étendue de mon canal pulpaire, une masse brunâtre, très foncée. Je trépanai la dent et je trouvai un organe en putréfaction complète. Je ne m'explique pas le phénomène de la vision au travers de ce verre bleu, mais, en tout cas, je vous le recommande comme moyen de diagnostic.

M. *Jeay.* — Le surveillant de l'école possède une dent qu'à deux reprises différentes nous avons vue se colorer en rouge et reprendre ensuite sa coloration normale. Cette dent est certainement vivante.

III. — Présentation de microbes de la carie dentaire en culture pure, par M. Choquet.

M. Choquet. — Je vous demande la permission de vous présenter ce soir, *pour prendre date*, quelques tubes de culture pure de micro-organismes que j'ai réussi à séparer et provenant de dents cariées.

Ces espèces offrent des caractères biologiques, morphologiques et surtout des réactions chimiques spéciaux et je suis absolument persuadé que je me trouve en présence d'espèces nouvelles n'ayant encore jamais été signalées.

Le Congrès annuel anglais, auquel j'ai assisté en compagnie de mes amis Sauvez et Duncombe, m'a permis de me rendre compte que certains de nos confrères anglais s'occupent eux aussi de la question, entre autres M. Goadby, démonstrateur au Guy's hospital, qui a présenté aux congressistes le résultat de recherches qu'il a entreprises depuis plusieurs années. D'après la communication de l'auteur, celui-ci s'est placé à un point de vue tout différent de celui que j'ai envisagé moi-même. Vous pourrez donc juger par vous-mêmes, l'année prochaine au Congrès international de 1900, du résultat des recherches que M. Goadby et moi nous avons entreprises séparément.

M. Lemerle. — Nous remercions M. Choquet de sa présentation et l'engageons à continuer les recherches qu'il a entreprises.

IV. — De l'électrothérapie en art dentaire, par M. Ed. Papot.

M. Papot donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*, p. 49).

DISCUSSION

M. Lemerle. — Nous aurons prochainement une thèse sur cette question. Nos confrères d'Amérique emploient journellement ce procédé.

M. Gross. — A tel point qu'on a cité des cas graves d'intoxication.

M. Choquet. — Je demanderai à M. Papot comment l'auteur qu'il vient de signaler a pu savoir qu'un kyste a été sclérosé.

M. Papot. — M. Foulon, que j'ai cité et qui a publié son travail dans *La Revue internationale d'Odontologie* de décembre 1892, a donné toutes explications à ce sujet. Après avoir mis sur une plaque de verre un petit dé de chair de cheval, il introduisit dans celui-ci une dent et son kyste pyogène ; le pôle négatif étant piqué dans la chair de cheval et le pôle positif dans le canal, dépassant le foramen, il fit passer un courant de 10 milliampères pendant 5 minutes, après quoi il constata que la poche kystique était transformée en nodule sclérosé.

M. Jeay. — J'ai vu chez M. Poinsot deux guérisons magnifiques de dents sûrement atteintes de kystes. Ce résultat a été obtenu par l'électrolyse.

M Richard-Chauvin. — Il y a là un côté technique avec lequel il faut se familiariser et il faut se montrer très minutieux à l'égard de ce nouveau procédé.

M. Choquet. — J'emploie la cataphorèse depuis environ un an et les meilleurs résultats, je les ai obtenus avec des pastilles de cocaïne de Wiley, à un centigramme, que je brise dans un mortier en ajoutant ensuite 2 ou 3 gouttes d'eau. On a de cette façon une solution à 30 ou 40 0/0, mais les résultats sont bien plus appréciables lorsqu'on ajoute du sel marin par parties égales. Je n'emploie jamais plus de 2 milliampères pendant 5 minutes.

V. — Un progrès dans la pharmacopée de nos injections intradermiques de cocaine, par M. Jeay.

M. Jeay donne lecture d'une note sur ce sujet (V. *Travaux originaux*, p. 17, nº du 15 juillet).

La société s'ajourne au mois de juillet.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
J. Choquet.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Pyorrhea alveolairis and its relations to general medicine, par John Fitzgerald, L. D. S.

De la Pyorrhée alvéolaire et de ses relations avec la médecine générale, tel est le titre d'une série d'articles que M. John Fitzgerald avait publiés dans le « Clinical Journal » et qu'il a réunis sous forme d'un petit volume d'une soixantaine de pages environ. L'auteur s'adresse, dit-il, surtout aux médecins de famille qu'il veut familiariser avec cette maladie ; mais il est de toute évidence que son travail, très étudié, très développé, sera lu avec un fruit beaucoup plus grand par les dentistes, pour lesquels il offre un véritable intérêt.

Nous allons l'analyser rapidement.

Cet ouvrage peut être divisé en deux grandes parties : la première traite de la pathogénie de *la maladie de Fauchard* ; la deuxième est consacrée à son traitement.

Dans la première partie l'auteur insiste sur l'action des gingivites, à laquelle il accorde une grande importance, et il passe successivement en revue :

a) la cause prédisposante ;
b) l'irritation locale qui est la cause immédiate de la gingivite ;
c) la gingivite elle-même ;
d) l'invasion streptococcique ;
e) la résorption du tissu osseux.

Je remarque dans les quelques lignes qui traitent de l'histologie normale de la gencive la description d'un *organe gingival*, que je n'ai pas encore vu signalé dans les auteurs français :

« L'épithélium qui recouvre la surface interne du bord gingival, portion en contact avec le collet de la dent, est composé de cellules rondes ou polygonales, très molles, et a une épaisseur considérable. Quoique n'étant pas de structure glandulaire, il secrète une quantité de petites cellules rondes qu'on trouve en abondance dans la salive et qu'on nomme habituellement corpuscules muqueux. Pour cette raison on l'a appelé l'*organe gingival*. Il est probable que cet organe n'est pas la seule source de production des cellules

muqueuses de la salive, mais il concourt certainement à la formation de beaucoup d'entre elles. »

Cet organe jouerait un rôle au début de la pyorrhée lorsqu'elle n'est encore qu'une simple gingivite, ainsi qu'il résulte de cette théorie qui au premier abord peut sembler paradoxale: la gingivite serait en grande partie cause et non effet de la production du tartre. Voici de quelle façon ; il est assez bien établi que les dépôts calcaires, dans tous les points de l'organisme, résultent de la présence d'une matière organique, comme la mucine, qui favorise la précipitation des sels terreux. Or s'il se produit une inflammation de la gencive, il y a suractivité de l'organe gingival, augmentation de la quantité de mucine et production de tartre, d'où un cercle vicieux qu'il est difficile de rompre, le tartre, par sa présence irritant la gencive et produisant la chronicité de l'inflammation.

Après l'examen des causes locales qui produisent la maladie de Fauchard, M. Fitzgerald consacre quelques pages à l'étude du début de la pyorrhée reconnaissant pour cause une maladie générale et en particulier une localisation goutteuse dans la membrane péridentaire (Magitot, Pierce, Rhein). Il y aurait d'abord épaississement inflammatoire, d'origine goutteuse, des vaisseaux sanguins qui irriguent le périodonte, puis oblitération de leur lumière, nécrose moléculaire du territoire normalement irrigué par ces vaisseaux et dépôts d'urates.

Avant de passer au traitement de la pyorrhée M. Fitzgerald insiste longuement, et je crois, avec raison, sur un point de la question ordinairement négligé, c'est-à-dire sur les troubles de l'organisme et principalement sur les troubles des organes digestifs qui peuvent résulter de la présence d'une pyorrhée alvéolaire. En effet cette affection peut, de différentes façons, être la cause de troubles :

1° Le pus, avec les nombreux organismes infectieux qu'il contient, et les débris de nourriture gâtés qui proviennent des poches purulentes alvéolaires peuvent être déglutis et :

a) produire une action locale sur les parois de l'estomac.

b) occasionner des fermentations du contenu stomacal.

2° Les toxines engendrées dans la bouche peuvent pénétrer directement dans l'organisme à travers les muqueuses de la bouche ou de l'estomac.

3° La présence de conditions locales modifiant l'état de réceptivité de la bouche peut favoriser en ce point la croissance de micro-organismes pathogènes et rendre le patient plus susceptible de contracter certaines maladies infectieuses, entre autres l'influenza.

Il est très utile, à la fois pour le médecin et pour le dentiste, de connaître ces complications éloignées de la pyorrhée ; le médecin sera ainsi renseigné sur l'origine de perturbations dont il ne pouvait

saisir la cause, et le dentiste, afin de les éviter, traitera l'affection primitive le plus activement qu'il lui sera possible.

M. Fitzgerald aborde ensuite le traitement de la pyorrhée sur lequel il s'étend longuement.

Il divise en quatre stades la marche de la maladie :

Dans les deux premières phases, gingivite simple sans que la membrane péridentaire soit intéressée, il conseille comme traitement :

a) *l'enlèvement soigneux du tartre* et surtout du tartre sous-gingival ;

b) *des applications astringentes* et il préconise le sulfate de cuivre en poudre, qu'il tasse sous la gencive avec un petit bout de bois effilé — à répéter plusieurs fois de suite, puis tous les deux jours pendant une semaine et enfin deux fois par semaine, pendant une quinzaine.

c) *des lavages de bouche antiseptiques.*

Dans ces deux premières phases la maladie est aisément curable.

La troisième phase comprend le stade de pyorrhée confirmée avec formation de clapiers purulents. L'auteur passe en revue les diverses méthodes préconisées et donne une bonne place à l'eau oxygénée introduite dans les clapiers au moyen d'une seringue à injections hypodermiques. A signaler le traitement au moyen de la cataphorèse, qui donnerait de bons résultats.

De son côté le malade doit contribuer au traitement par :

1° des lavages de bouche d'une durée de cinq minutes, avec des solutions antiseptiques ;

2° du massage journalier des gencives avec les doigts ;

3° l'usage d'une poudre convenable.

La quatrième phase, celle où la dent est perdue, ne comprend qu'une seule méthode de traitement : l'extraction avec réimplantation consécutive.

Et, à ce propos, que l'auteur me permette une légère rectification pour fixer quelques points historiques qu'il me semble négliger. La réimplantation, dont il déclare ignorer l'origine, et la transplantation ont été pour la première fois mises en pratique par Ambroise Paré. Quant à l'implantation,nous voyons d'après Bourdet, dentiste du roi, qu'elle était déjà pratiquée en France vers le milieu du XVIIIe siècle. Il signale en effet un charlatan qui non seulement faisait la transplantation de dents saines à la place de racines, mais pratiquait aussi l'implantation de dents dans le bord alvéolaire ; l'opération est clairement décrite.

Au sujet de la pyorrhée alvéolaire qui fait l'objet de son travail, elle n'a pas été décrite pour la première fois en 1844 par Riggs, de Hartford, comme le croit M. Fitzgerald, mais bien en 1728, plus

d'un siècle auparavant par Fauchard, dentiste français, dans son ouvrage *Le chirurgien dentiste*, tome Ier, pages 182 et suivantes, d'où le nom de *maladie de Fauchard* qu'elle porte en France.

Ces légères erreurs d'attribution n'enlèvent d'ailleurs aucune valeur au travail de M. Fitzgerald, qui, ainsi que je suis heureux de le reconnaître, est une mise au point très intéressante de nos connaissances actuelles sur la pyorrhée alvéolaire et mérite d'être consulté à différents égards.

G. GROSS.

TRANSFORMATION DE « LA REVUE DE STOMATOLOGIE »

La Revue de Stomatologie, fondée par Magitot, est publiée maintenant sous la direction du Dr Cruet, rédacteur en chef, d'un comité de rédaction de six membres, et d'un secrétaire de la rédaction. Le premier fascicule de la nouvelle publication, qui reste mensuelle, est beaucoup plus volumineux que ceux de l'ancienne *Revue de Stomatologie* ; il porte la date du mois de mai.

NOUVEAUX JOURNAUX.

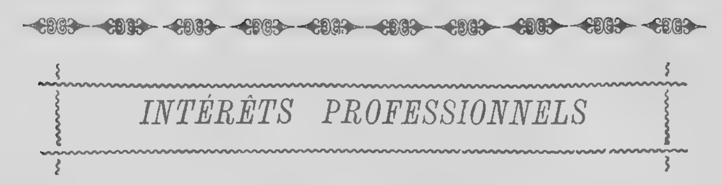
Nous avons reçu le premier numéro de *la Juventud médica*, organe mensuel de la Société scientifique de ce nom, publié à Guatemala par 4 rédacteurs principaux et de nombreux collaborateurs.

Nous avons reçu également le premier numéro de la *Revista odontologica*, publiée mensuellement à Santiago de Chili, sous la direction de M. Galvarino Ponce, secondé par 3 rédacteurs.

Bonne chance à nos nouveaux confrères.

PUBLICATIONS DIVERSES.

Nous avons reçu les *Transactions of the National Dental Association*, contenant le compte-rendu des réunions des 5 et 6 août 1897, de la 2e session annuelle (30 août 1898), etc.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE ET LE CONGRÈS FRANÇAIS

Sous ce titre nous lisons dans le Dental Cosmos *de juillet l'article suivant.*

La réunion annuelle de l'Association dentaire britannique tenue récemment à Ipswich a abondé en traits instructifs et intéressants, dont le moindre n'a pas été le discours du nouveau président, M. J. Howard Mummery.

. . . .

Mais l'esprit de ce discours, nous regrettons de le dire, n'a pas animé complètement les débats qui ont suivi.

Le Dr Sauvez et M. Jules Choquet, délégués représentant le Congrès dentaire international de 1900, apportaient une invitation officielle à l'Association dentaire britannique d'envoyer des représentants au Congrès de Paris. L'invitation fut formulée dans une harangue aimable et confraternelle par le Dr Sauvez, qui fut accueillie par des marques d'approbation, et *l'entente cordiale (sic)* des délégués français semblait devoir provoquer une réponse sympathique, quand un membre, M. J. Smith Turner, dit :

« qu'il désirait ne pas manifester un esprit d'opposition à la proposition faite par certains membres d'envoyer des délégués au Congrès dentaire international. Il est aussi désireux que quiconque d'encourager les bons sentiments internationaux. Il estime que c'est une bonne chose pour tous qu'il y ait des réunions de ce genre, mais on ne doit pas laisser ses bons sentiments et son ardent désir d'approuver la proposition provoquer des difficultés (Cris : Silence, silence). Or il y a une ou deux difficultés qui se présentent à son esprit touchant ce Congrès. Individuellement on peut désirer que la proposition soit votée, mais ce qu'il faut désirer, c'est que l'Association ne s'engage pas dans une fausse voie en cette affaire. Il croit qu'il y a à Paris deux groupes dentaires et il voudrait savoir comment ils coopèrent ensemble à l'égard du Congrès projeté.

Il regrette de dire qu'il y a une autre objection qui l'a influencé dans la question de l'adhésion à cet agréable Congrès, objection à laquelle il songe depuis le commencement de l'année. Il est aux regrets de le dire, mais elle est basée sur un article publié dans le *Dental Cosmos* dont il désire lire un extrait ou deux, sur lesquels il appuie son objection. Au sujet du Congrès dentaire de Paris l'article dit : « L'invita

tion adressée aux dentistes américains de prendre part à un Congrès de ce genre et d'y être convenablement représentés est toujours bien accueillie, parce que c'est en Amérique que la dentisterie a fait ses progrès les plus actifs et que les méthodes américaines ont influé le plus profondément sur le développement de la dentisterie, deux faits dont les praticiens américains sont naturellement fiers et qu'ils sont toujours heureux de mettre en relief. »

M. Turner lit un autre extrait du *Cosmos* qui se réfère aussi à la position prise par les dentistes américains, qu'il ne blâme pas d'être naturellement fiers. Il ne discute pas s'ils ont raison quant au développement de la dentisterie, mais il voit plutôt inconvénient à se rendre à un Congrès lorsqu'une position semblable est prise par un pays qui y enverra probablement le plus grand nombre de ses membres (Cris : non, non).

Il ne peut s'empêcher de penser que si le dit Congrès doit être envahi ou plutôt soutenu par des sentiments comme ceux qu'il vient de lire, ils doivent se montrer circonspects en tant qu'association, s'il s'agit de faire quelque chose qui ressemble à une participation active de la part de celle-ci à ce Congrès.

Après une discussion quant aux termes de la motion adoptée par le Conseil représentatif, M. Cunningham dit, de la part des délégués français, qu'il désire répondre aux remarques de M. Turner. Une question a été posée relativement à la position prise par les deux groupes dentaires de Paris au sujet du Congrès et il peut déclarer tout de suite qu'il n'y a nullement incertitude dans la matière. Il y a deux groupes dentaires à Paris : l'Association odontologique et l'Association dentaire, et il va y avoir un Congrès international du premier groupe, mais il ne se réunira pas en même temps que le Congrès dentaire. Le Dr Sauvez et son collègue sont membres des deux sociétés, mais ils ont apporté l'invitation comme membres de l'Association dentaire nationale de France et comme représentants d'un mouvement national (Cris : écoutez, écoutez)[1].

M. Craig dit que les membres doivent se rappeler qu'il y a quelques années, lorsqu'un Congrès dentaire fut tenu à Chicago, une exception fut faite pour certains points de technique et l'Angleterre n'y fut pas représentée à cause d'un article publié dans un journal qu'ils ne reconnaissent pas (Une voix : et qui ne représente point la profession). Il fut publié comme si un autre obstacle allait se dresser juste au moment où l'Angleterre et l'Amérique allaient devenir plus fraternellement unies.

---

1. L'explication ainsi présentée n'est pas tout à fait exacte : il y a, d'une part, le Congrès dentaire international qui doit avoir lieu à Paris du 8 au 14 août 1900, organisé sous le patronage officiel du Gouvernement français par un comité d'organisation dû à l'initiative et au concours de toutes les sociétés dentaires françaises fédérées dans ce but, sauf une, et au nom de qui MM. Sauvez et Choquet venaient inviter la British Dental Association, et, d'autre part, une section de *stomatologie* organisée sur la demande de la Société de stomatologie de Paris dans le Congrès international des séances médicales. La réunion de cette section doit avoir lieu avant le Congrès dentaire international de 1900.

Il pense que ce serait une grave erreur et un grand malheur de laisser quelque chose de ce genre intervenir en quoi que ce fût dans la réponse qu'ils vont faire à l'invitation apportée de France. Si un grand congrès international doit être tenu à Paris l'an prochain, l'Angleterre doit y aller (cris : silence, silence ; applaudissements). Il n'y a pas de société, hors la nôtre, qui soit à même de nommer des représentants du pays. Pourquoi tolérer qu'une petite chicane empêche un lien d'amitié fraternelle entre nous et les hommes d'au delà de la Manche ? Il faut qu'un comité soit nommé pour agir avec des pouvoirs de l'Association et que la Grande-Bretagne soit bien représentée au congrès (applaudissements). Il espère dans cette circonstance voir tous les hommes de tous les pays rapprochés encore davantage et le drapeau américain, le drapeau anglais et le drapeau français flotter côte à côte. (Rires et applaudissements.)

M. Smith Turner demande s'il doit considérer que le *Dental Cosmos* n'est pas un organe représentatif.

M. Booth Pearsall (de Dublin) répond que le *Cosmos* représente une certaine partie de l'opinion dentaire américaine, mais qu'il n'y a pas de raison de craindre d'après l'article lu par M. Turner que les dentistes américains n'agiraient pas en sympathie avec les représentants des autres nations. Il assure M. Turner que les choses sont bien changées depuis que ce dernier est allé en Amérique (il y a vingt ans) et que, loin de jalouser les dentistes anglais, les Américains sont tout aussi disposés à recevoir des conseils qu'à en donner et qu'ils peuvent en donner d'utiles en abondance.

M. W. H. Breward Neale dit que personnellament il considère que ce sera un grand avantage pour l'Angleterre d'être représentée et qu'il n'y a pas d'autre groupe d'hommes, il n'y a pas de meilleurs agents d'exécution en Angleterre que ceux qui ont été proposés pour diriger les négociations et les faire aboutir. Les intérêts de la Société seront certainement sauvegardés entre leurs mains.

L'assemblée s'impatiente quelque peu de la longueur de la discussion quant aux termes exacts de la résolution et, au milieu de cris : « aux voix ! aux voix ! » cette résolution est présentée et votée sous la forme suivante : « Le comité déjà nommé et le conseil représentatif, composé du président, du secrétaire honoraire, de MM. Dolamore, Cunningham et Hopewell Smith, est autorisé à agir comme comité national au congrès international de 1900, avec faculté d'augmenter le nombre de ses membres. »

Si les sentiments de M. Turner avaient reproduit l'esprit d'un corps considérable de commettants, ou, pour employer son expression, avaient été représentatifs, l'Association dentaire britannique aurait sans doute repris, par une voie différente, les débats à la suite desquels la Société leva sa séance, ainsi que cela a été indiqué par M. Bret Harte ; mais heureusement, comme le compte-rendu le porte, ces sentiments ne représentaient ceux de personne, si ce n'est ceux du membre qui les exprimait.

La situation qu'indiquent les citations qui précèdent fournit la meilleure preuve qui ait encore été donnée du besoin d'un congrès international comme celui qu'on projette et où la profession dentaire britannique serait convenablement représentée.

Nous concluons de ce compte-rendu qu'il y a vingt ans ou plus que M. Turner a eu l'occasion d'observer personnellement en Amérique la pratique dentaire ou les méthodes d'enseignement. Le temps opère des changements merveilleux, et de ce côté de l'Atlantique la vitesse du changement est grande, surtout en matière dentaire, de sorte que les opinions basées sur des observations faites il y a presque une génération sont nécessairement surannées et inexactes quant à l'état de choses existant.

M. Turner « ne blâme pas les dentistes américains d'être naturellement fiers, mais il voit plutôt inconvénient à se rendre à un congrès lorsqu'une position semblable est prise par une nationalité qui y enverra probablement le plus grand nombre de ses membres ».

La cause d'irritation semble avoir été le paragraphe cité, emprunté à un article du numéro de juin de ce journal et lu par M. Turner pour appuyer sa singulière opinion. Or le paragraphe en question est non seulement inoffensif en lui-même, mais il était destiné à produire un effet entièrement opposé à celui qu'il a eu sur l'esprit du membre qui le signala avec tant de vivacité à l'attention de ses collègues.

Le *motif* de ce paragraphe est l'attitude cordiale des praticiens américains en présence des efforts de nos *confrères* français pour organiser un congrès international. Incidemment, comme nous avons fait pour la dentisterie quelques petites choses dont nous sommes « naturellement fiers » nous avons sans méchanceté fait allusion à cette circonstance, non pas dans le but de provoquer de l'antagonisme, mais de stimuler un esprit de rivalité confraternelle qui aurait pour résultat de montrer à Paris ce que chaque nation a fait de mieux pour contribuer à l'avancement de notre profession commune.

En ce qui concerne l'exhibition de travaux techniques faits par les étudiants en dentisterie d'Amérique, signalée comme une partie de la communication de M. Booth Pearsall, le commentaire qui en a été fait dans le journal *The Dentist* du 1er juin dernier, p. 379, portait que : « Si ses apprentis venaient à lui avec des travaux ne valant pas mieux que ceux (?) qui étaient contenus dans les vitrines, ces apprentis seraient quelque peu bien reçus. »

La question de fait quant à la valeur relative des travaux des apprentis de M. Turner et celle des étudiants en dentisterie d'Amérique signalée par M. Pearsall a une importance secondaire, quant à l'aigreur des sentiments que la critique manifeste en se basant sur sa propre preuve intérieure. C'est pour faire disparaître des sentiments de cette nature parmi les dentistes que nous avons besoin d'un congrès

international. M. Turner se doit à lui-même d'assister au congrès de Paris, pour avoir l'occasion de rectifier quelques-unes de ses idées sur les dentistes américains et leurs méthodes techniques en entrant en contact personnel avec eux, et, quant à son affirmation, il doit à ses confrères de partout une exposition des travaux de ses apprentis afin que tous les étudiants et entre autres nos étudiants américains puissent profiter de la supériorité parfaite de la technique qu'il revendique comme sienne.

La tâche louable qu'a entreprise M. Turner en faisant adopter une législation dentaire efficace en Angleterre et en se faisant le champion de la cause d'un enseignement dentaire plus élevé sont des faits incompatibles avec une attitude d'antagonisme à l'égard de ceux qui luttent honnêtement pour obtenir les mêmes résultats. Certes on ne saurait dire que toute la dentisterie soit la propriété d'une classe ou d'une nationalité, et si les dentistes de langue anglaise du monde peuvent s'unir avec leurs collègues dans le tournoi international proposé à Paris, la dentisterie en recevra un essor qu'il est de notre devoir de lui assurer.

Nous sommes tout à fait sûrs que l'esprit manifesté à la réunion d'Ipswich provient de ce qu'on s'est déplorablement mépris sur l'attitude des praticiens américains, méprise que l'effet civilisateur du contact personnel dissipera promptement.

Nous félicitons l'Association dentaire britannique, ainsi que les promoteurs du Congrès dentaire international et la profession entière, de n'avoir pas permis que cette manifestation de provincialisme entrave les dispositions prises pour organiser une réunion qu'on espère sincèrement voir balayer les derniers vestiges de jalousie internationale et établir des relations confraternelles entre les dentistes honorables de tous pays [1].

---

1. Nous ne pouvons qu'appuyer les très justes observations de l'auteur de cet article.

Les nombreuses correspondances que nous recevons de tous les pays du monde, l'activité déployée partout pour l'organisation des comités nationaux et des délégations des sociétés et groupements odontologiques, et surtout les sentiments que nous expriment nos divers correspondants, nous confirment de plus en plus dans cette idée que le Congrès dentaire international de Paris sera non seulement un grand évènement scientifique par l'importance des communications et des démonstrations qui y seront faites, mais encore une belle fête professionnelle par l'entente internationale qu'il permettra enfin de réaliser entre les dentistes du monde entier, sans distinction de nationalité, pour le plus grand profit de notre art et de l'humanité.

C. G.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud**, 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (**L. Lemaire successeur**), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
TÉLÉPHONE 214.47 — **P.-A. Kœlliker et Cie** — *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes. — 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS. 45, rue de la République, LYON ; 18, allées de Tourny, BORDEAUX ; ZURICH. — GENÈVE.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères — 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / ***Tube anesthésique.*** — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.





NOUVELLES

Nomination de M. Martinier comme chirurgien-dentiste de l'asile de Vaucluse.

Nous avons le vif plaisir d'apprendre que, par arrêté du Préfet de la Seine en date du 3 de ce mois, notre sympathique confrère M. Martinier, directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris et professeur de prothèse à cette Ecole, a été nommé chirurgien-dentiste de l'asile d'aliénés de Vaucluse, situé à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Tout le monde applaudira à cette nomination qui, tout en mettant en relief le mérite de notre distingué collaborateur, constitue un nouvel hommage rendu au savoir et à la compétence du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris. Pour notre part, nous félicitons très sincèrement M. Martinier d'avoir été désigné pour ce service, ainsi que l'administration préfectorale d'avoir fait porter son choix sur un des meilleurs professeurs de cette Ecole.

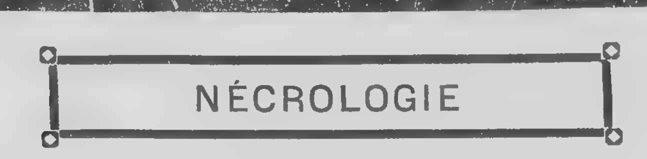
N. D. L. R.

Mariage de M. le Dr A. Marie.

Nous apprenons le mariage de notre excellent professeur de pathologie interne, M. le Dr Auguste Marie, et en même temps sa nomination comme sous-directeur de l'Institut bactériologique de Constantinople.

Tout en adressant nos félicitations très vives à M. le Dr Marie, nous exprimons le regret de le voir, par suite de sa nouvelle situation officielle, dans l'obligation de quitter l'Ecole dentaire de Paris, où il faisait un cours si apprécié.

N. D. L. R.



Mme CUNNINGHAM

Nous avons le regret d'apprendre la mort de la mère de notre confrère et ami, le Dr Georges Cunningham, de Cambridge, qui a succombé le 12 de ce mois à une longue et cruelle maladie qui la tenait alitée depuis longtemps.

Le Dr Cunningham a toujours été un ami dévoué de l'Ecole dentaire de Paris et de nos diverses sociétés, et beaucoup d'entre nous connaissent les soins touchants dont il a entouré sa mère jusqu'à ses derniers moments.

La Rédaction de *L'Odontologie* lui adresse ses bien sincères condoléances et l'assurance de sa profonde et douloureuse sympathie.

LA RÉDACTION.

DERNIÈRE HEURE

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA MUTUALITÉ.

Par arrêté en date du 22 juillet M. Godon et M. le Dr Comby sont nommés membres de la commission de dépouillement du scrutin relatif à l'élection d'un délégué des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la mutualité. Cette commission siège au Ministère de l'intérieur.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng**.
Touvet-Fanton.
Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, *secrétaire adjoint*.
Rollin, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.**, **Poinsot**.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser**, **Godon**, **Lemerle**, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, **Ed. Papot**, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, (Lyon), **Schwartz** (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D^r), **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (**A.**), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

CERTIFICAT D'ÉTUDES SECONDAIRES

Session de juillet 1899

Seize élèves du **Cours Debraux,** 10, rue Caumartin, se sont présentés à cet examen ; quatorze, dont les noms suivent, ont été reçus à l'écrit.

MM. **BACRI,** élève libre de l'École d'Odontologie.
BURGUÉ, mécanicien-dentiste.
COURTIL, —
DIVOT, —
DUVIGNAUD, — (École dentaire).
DIEFENTHAL, —
LARIVE, —
Mlle **LAMPERT,** (fille du docteur stomatologiste).
MM. **LE MONNIER,** mécanicien-dentiste.
LECONTE, —
MAHIEU, élève libre de l'École dentaire.
MARTINIER,
VILLAIN, mécanicien-dentiste.
VIGO, élève libre de l'École dentaire.

Ce remarquable succès honore les élèves et le professeur.

Mlle **LAMPERT,** MM. **LECONTE** et **MAHIEU** ont mérité une mention spéciale étant arrivés avec au moins 20 points de plus qu'il n'en fallait pour l'admissibilité définitive.

Il va sans dire qu'il y a eu quelques défaillances à l'examen oral, qui avait lieu le lendemain ; mais la session d'octobre est là pour les réparer et il est permis d'espérer, étant donné les résultats déjà acquis dans la préparation, que nous aurons à ce moment le plaisir d'annoncer un succès plus considérable encore.

Les cours et leçons commenceront le 8 *août, et le professeur recevra le* 7.

19e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

Travaux Originaux

DEUX CAS D'IMPLANTATION DENTAIRE CONSOLIDÉE.

Par M. le Dr Oscar AMOËDO,

(*Société d'Odontologie. Séance du 4 juillet 1899.*)

Ire Observation.

Mme S..., 25 ans, grande, robuste, de très bon état général, me fut adressée par notre confrère M. Bruel, pour l'implantation de l'incisive latérale gauche.

Voici ce qu'elle me raconta à ce sujet :

Il y a cinq ans, elle s'était adressée à un dentiste pour se faire soigner cette dent, dont la pulpe était morte. Comme résultat de ce traitement, la malade fut frappée de plusieurs crises d'ostéopériostite aiguë. Ces crises se répétèrent à chaque nouvelle tentative de traitement, jusqu'à ce que le dentiste se décidât à sacrifier la couronne de la dent et à mettre une dent artificielle, montée sur un appareil de prothèse.

La malade porta ainsi cette dent pendant quatre ans ; mais, lassée des ennuis que lui causait le dit appareil, elle songea à faire soigner sa racine, afin d'y placer une dent à pivot.

C'est alors qu'elle réclama les soins de notre ancien élève M. Bruel.

M. Bruel, plus heureux que le dentiste qui lui avait donné ses soins antérieurement, réussit à stériliser la racine sans inconvénient et y plaça une couronne de Logan.

La malade était enchantée du résultat tant désiré, lorsqu'au bout de 4 ans une fracture longitudinale de la racine vint réveiller à nouveau ses anciennes inquiétudes. Comme la malade ne voulait plus entendre parler d'appareil de prothèse, c'est alors que notre confrère me l'adressa.

A l'examen de sa bouche, j'ai pu constater que les arcades dentaires s'articulent régulièrement, que presque la totalité des molaires existe encore et que la bouche est très saine et très bien entretenue.

Ces circonstances sont des plus favorables à la réussite des greffes dentaires.

L'incisive latérale droite porte une couronne de Logan.

Depuis un mois la malade fait tenir sa dent à pivot, dans la racine fracturée de gauche, en entourant le pivot avec du fil, ce qui a amené une infection de la région.

Le 21 janvier 1899, je commençai par produire l'anesthésie locale, au moyen de la *cocaïne phénylique Poinsot,* et ensuite je me mis à la recherche des fragments de racines restés au fond de l'alvéole. J'ai eu beaucoup de mal à extraire la partie correspondant à l'apex, car il fallait agir avec prudence, afin de ne pas déchirer les rebords gingivaux, dont j'avais besoin pour recouvrir la dent greffée.

L'alvéole une fois libre du reste de la racine, je l'agrandis en largeur et en profondeur, car la racine que j'avais à implanter était de beaucoup plus grande que celle qui existait précédemment dans l'alvéole.

Pour cette opération, je me suis servi des *reamers Ottolengui* montés sur le tour électrique de Doriot.

Je fis entrer la dent à frottement dur, en la frappant avec un maillet automatique portant une pointe de bois à son extrémité.

La dent implantée était composée d'une racine naturelle,

avec une couche de cément décalcifié, portant une couronne en porcelaine de Logan.

Elle était si solide immédiatement après l'implantation que je n'eus pas besoin de la ligaturer aux autres dents.

Une incision profonde faite sur la gencive, au niveau de l'apex de la racine, fut suivie d'une abondante émission sanguine, qui fut favorisée en maintenant la lèvre relevée pendant quelques minutes.

L'opération se termina par un badigeonnage à la teinture d'iode sur la gencive.

Pendant la durée de l'opération la bouche et en particulier l'alvéole furent lavés constamment avec une solution antiseptique au cyanure de mercure, phénosalyl et salol.

Tous les instruments employés avaient été préalablement stérilisés à l'eau bouillante.

Les suites opératoires furent excellentes, malgré le milieu infecté sur lequel l'implantation fut faite.

Le 9 février, la dent étant un peu branlante, je fis des ligatures en fil de platine aux dents voisines.

Le 13 mai, soit 3 mois plus tard, j'enlevai les ligatures et la dent était définitivement consolidée.

IIe Observation.

Mlle M..., 25 ans, bon état général. Ses arcades dentaires articulent régulièrement.

Plusieurs molaires manquent déjà.

La première prémolaire supérieure gauche fut extraite en 1890.

La canine du même côté a perdu sa couronne par suite de carie.

En 1894, aprés stérilisation immédiate du canal radiculaire de cette dernière dent, j'y fixai une couronne de Logan.

J'anesthésiai, avec la même préparation de cocaïne, la gencive correspondant à la première prémolaire gauche.

Une incision en H me permit de relever deux lambeaux profonds qui comprenaient le périoste. L'os fut trépané, puis j'y implantai une prémolaire naturelle sèche que je maintins en place par des ligatures en platine aux dents voisines.

Ces ligatures furent enlevées 2 mois plus tard, lorsque la dent était consolidée.

En résumé, cette dent, qui est en très bon état actuellement, a rendu pendant cinq ans des services constants de mastication.

ELECTROTHÉRAPIE DENTAIRE

Par M. Edmond Papot,
Professeur de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris,
Ex-président de la Société d'Odontologie de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 6 juin 1899.)

(Suite.)

§ 3. — De la cataphorèse.

C'est César-Antoine Becquerel qui a découvert les phénomènes de transport par le courant et qui les a utilisés, avant 1830, à la formation artificielle des cristaux.

La première application directe à la médecine fut tentée en 1833 par le Dr Fabre-Palaplat, dans le département du Tarn [1].

Plus tard, en 1846, deux médecins allemands, les Drs Klenke et Hassenstein, ont prétendu avoir guéri par ce moyen des cas plus ou moins rebelles de scrofulose avec l'iodure de potassium, de syphilis avec le mercure, etc.

La première démonstration de résultats déterminés date de 1858, année où B.-W. Richardson [2] réussit à faire pénétrer cataphoriquement de la morphine dans les tissus pour produire l'anesthésie locale ; il se servait d'une solution à cinq pour cent. Il essaya ensuite le composé suivant :

Teinture de racine d'aconit	10 gr.
Chloroforme	10 gr.
Extrait d'aconit	1 gr.

Le courant fut appliqué pendant onze minutes sur la patte d'un chien, qui fut amputé manifestement sans douleur. L'auteur [3] appela cette méthode « *Narcose voltaïque* » et

---

1. Le Dr Van-Woert, dans un travail publié par le *Progrès dentaire*, novembre 1897, dit ceci : « Divers savants s'en sont occupés, sans aboutir à des résultats pratiques, dès la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci. »

2. *Art dentaire*, juillet 1860.

3. Le Dr Richardson indiqua ultérieurement un autre procédé d'anesthésie locale : la pulvérisation de l'éther.

il en démontra l'efficacité sur l'homme en l'utilisant pour calmer des douleurs névralgiques et pour des opérations de petite chirurgie.

Son application la plus heureuse fut pour l'extraction des dents avec la formule ci-dessus et le courant passant durant dix minutes.

Il est donc acquis que dès 1858 on enlevait les dents au moyen de la cataphorèse.

En 1863 QUINICKE démontra scientifiquement la réalité de la cataphorèse.

En 1865 W. KUHNE montra l'effet de la cataphorèse sur le muscle vivant.

Puis quantité d'autres savants de différents pays, dont l'énumération serait trop longue, démontrèrent par des expériences nouvelles la réalité de la pénétration des médicaments sous l'action du courant électrique.

En 1885 — remarquez cette date — nous voyons associer pour la première fois les courants continus et la cocaïne. En 1885, dis-je, le Dr BOUDET, de Paris, dans une conférence faite à l'*Ecole dentaire de France* et publiée dans la *Revue odontologique*, mars 1885, s'exprimait ainsi :

« Je dois cependant faire une exception en faveur de certaines expériences faites dernièrement en pays étranger, au moyen de l'action combinée de la cocaïne et du courant galvanique.......

« Si, plus tard, les expériences que l'on tente actuellement avec la cocaïne et le courant galvanique donnent réellement un résultat favorable, alors vous pourrez avoir recours à cette méthode ; toutefois je vous conseille d'attendre avant de la préconiser ouvertement. »

La première publication complète reproduite dans un journal professionnel français est la suivante :

Application pratique de l'Electrolyse, travail lu par W.-B. AMES, D. D. S., à l'*Association dentaire de Michigan (The Ohio journal of dental science, Progrès dentaire*, juillet 1888; *L'Odontologie*, août 1888).

Très intéressant travail dans lequel l'auteur s'occupe du blanchiment des dents et du traitement des surfaces pyogéniques de la pyorrhée et des abcès. Bien que le titre n'annonce que l'application de l'électrolyse, il s'agit bien

de la cataphorèse, puisque l'auteur préconise la décomposition des médicaments, notamment des cristaux d'iodure de potassium, lesquels, en se dissolvant dans les culs-de-sac gingivaux, donnent une « idéale » solution aqueuse d'iode.

En 1888, au 25e anniversaire de la *Société dentaire de Chicago*, le Dr MAC GRAW, de Mankato, lut un travail dans lequel il décrivait complètement son procédé pour anesthésier la dentine sensible au moyen d'une solution alcoolique de cocaïne à 6 o/o et de courants électriques, et dans la même séance le Dr F.-C. WEEKS, de Minneapolis, déclare qu'il a employé la méthode du Dr Mac Graw et qu'il a eu la satisfaction de reconnaître que par ce procédé la pulpe est insensibilisée et qu'il a pu en extirper dix avec peu ou point de douleur.

Ce n'est que deux ans plus tard, en 1890, que le grand électricien des États-Unis, EDISON, communiqua au *Congrès médical de Berlin* **un procédé de traitement de la goutte par la cataphorèse.**

En 1891, *L'Art dentaire* ayant publié une traduction d'un article de *The Lancet* sur un nouveau procédé d'anesthésie par l'emploi simultané de la cocaïne et de l'électricité, reçut de M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES une lettre dans laquelle celui-ci revendiquait la découverte de l' « *Electrolyse médicamenteuse* » et rappelait la communication qu'il avait faite à ce sujet à l'Académie de médecine le 25 novembre 1890. M. Foveau ajoutait : « La pénétration des alcaloïdes était donc dès cette époque un fait acquis, et l'action propre de chacun d'eux restait intacte » ; il expliquait ensuite comment il avait pu rendre « évidentes ces pénétrations électriques de substances thérapeutiques sur les organes internes » (*L'Odontologie*, septembre 1891).

En 1892 le Dr WESTLAKE (*Cosmos,* novembre 1892) lut un travail dans lequel il énonçait les principes de la cataphorèse appliquée à l'art dentaire ; c'était alors une nouveauté dont s'occupait avec lui M. WHEELER.

En décembre 1892 M. J. FOULON, de Chartres, publiait

un article sur **l'électrothérapie dans l'art dentaire**, dont nous avons déjà parlé au sujet de l'électrolyse, article d'autant plus intéressant que les Américains n'utilisaient et ne devaient utiliser pendant plusieurs années encore la cataphorèse cocaïnique que dans l'hyperesthésie de la dentine et pour l'ablation des pulpes. Notre distingué confrère est le premier à l'avoir employée pour l'extraction des dents ; il a construit à cet effet des électrodes très ingénieusement combinées s'appliquant sur la gencive de chaque côté de la dent à extraire.

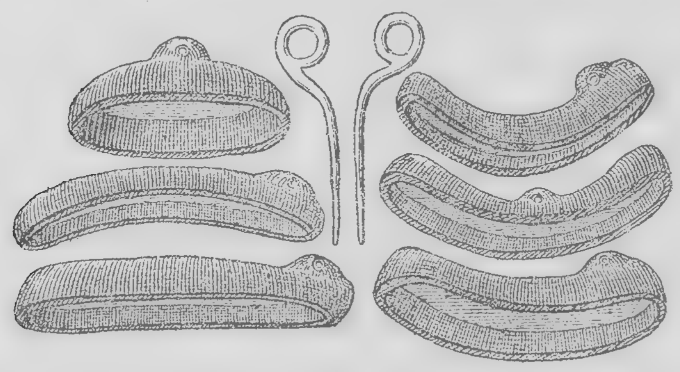


Fig. 1. — Electrodes Foulon.

Nous pouvons ajouter que son travail, lorsqu'il parut dans la *Revue internationale d'Odontologie*, fut très remarqué.

Le même auteur donna en avril 1893, dans le même journal, un **Vocabulaire abrégé d'électricité avec applications spéciales à l'art dentaire.**

Nous arrivons maintenant à la période active de l'application de cette méthode.

* **Emploi de la cataphorèse pour anesthésier la dentine,** par le Dr H.-W. Gillett, de Newport (Etats-Unis), travail lu à l'*American Dental Association,* 8 août 1895 (*Dental Cosmos,* février 1896 ; *Progrès dentaire,* avril 1896 ; *L'Odontologie,* mai 1896).

Ainsi que le titre l'indique, l'auteur s'est occupé surtout de

l'anesthésie de la dentine ; il prévoit cependant de nombreuses applications. Il donne des observations dans l'une desquelles il dit que la pulpe très rétractée a été forée et qu'il ne s'en est aperçu que par l'hémorrhagie et non par la douleur produite.

Le 11 mai 1896, le Dr E. GROSHEINTZ (de Bâle) lit au *Congrès de la Société odontologique suisse* une communication sur **l'emploi de la cataphorèse** pour insensibiliser une pulpe dentaire malade et douloureuse, puis il démontre sur deux patients la façon de conduire l'opération (*L'Odontologie,* septembre 1896).

En août 1896 MM. le Dr DE TREY fils et KLINGELFUSS font au *Congrès de Nancy* des démonstrations pratiques sur le même sujet.

Dans une lettre de *Hongrie* insérée dans *L'Odontologie*, octobre 1896, M. Henri SALAMON, de Budapest, nous signale une démonstration d'extraction de pulpe faite avec la cataphorèse par le Professeur ISZLAÏ.

La cataphorèse et son emploi pour l'insensibilisation de la dentine et de la pulpe dentaire, par M. le Dr E. GROSHEINTZ (de Bâle), *Communication à la Société d'Odontologie de Paris, démonstrations pratiques.* Séances du 11 et du 13 octobre 1896 (*L'Odontologie*, octobre et décembre 1896).

De même que les auteurs américains, le Dr Grosheintz, qui a appliqué la cataphorèse pour la première fois le 20 mai 1895 et qui le premier en Europe en a fait des démonstrations publiques, s'occupe surtout de l'anesthésie de la dentine ; il indique cependant les opérations suivantes :

1° Le blanchiment des dents ;
2° La désinfection des canaux radiculaires ;
3° Le traitement de la périostite alvéolo-dentaire ;
4° Le — de la pyorrhée alvéolaire ;
5° L'extirpation des tumeurs ;
6° L'implantation ;
7° L'extraction.

Son intéressant travail est divisé de la façon suivante :

Définition et nature, historique, appareils, procédé opératoire, causes d'insuccès, autres applications, cas cliniques.

De la discussion qui le suivit, il résulte que plus la sen-

sibilité de la dentine est grande, mieux le procédé réussit.

* **Notes sur la cataphorèse en chirurgie dentaire,** par le D[r] CH. RATHBORN (*Quarterly circular, Progrès dentaire,* décembre 1896).

L'auteur préconise pour les abcès ou les tumeurs intra-buccales, là où il est nécessaire d'insensibiliser une large surface, d'employer une électrode + formant un disque métallique d'environ 0.015 de diamètre, faisant un angle droit avec la tige.

Il cite des cas de pulpe dénudée et enflammée qu'il a pu traiter en une séance (ablation et obturation).

Il a moins bien réussi dans l'extraction, faute peut-être, dit-il, d'électrodes convenables.

* **A propos de la cataphorèse,** par TH. DUNCAN, de *Fort Wayne Electric corporation,* travail lu à la *Société dentaire du Nord Indiana,* septembre 1896 (*Progrès Dentaire,* mars 1897).

Dans une première partie, après l'exposition d'une théorie sur l'osmose, l'auteur critique le mot cataphorèse et propose *anaphorèse* ou *osmose électro-dentaire.* La 2[e] partie est une dissertation sur la mesure du courant électrique.

* **Mon expérience sur la cataphorèse,** par le D[r] J.-N. CROUSE, de Chicago (*Dental digest,* janvier 1897 ; *Progrès dentaire,* avril 1897).

« Je commençai donc à expérimenter et je trouvai l'effet de la cataphorèse si satisfaisant que rien ne saurait m'engager maintenant à me priver de son emploi, et rien que ma propre expérience personnelle n'aurait pu me convaincre de ses résultats.

. . . .

« L'augmentation du temps exigé pour produire l'anesthésie est quelquefois présentée comme une objection, mais on peut diminuer beaucoup ce temps en opérant soit une autre partie de la bouche, soit d'autres patients pour de courtes séances dans un autre fauteuil..... Une fois l'insensibilisation obtenue, on va d'ailleurs beaucoup plus vite pour préparer la cavité aussi parfaitement qu'elle peut l'être, de sorte que le plus souvent on gagne du temps. »

* **De la cataphorèse pour insensibiliser la dentine.**

Le numéro de février de 1897 de *The Ohio dental jour-*

nal a posé à ses lecteurs diverses questions parmi lesquelles je citerai :

« 1° Quelle est la proportion de vos patients chez lesquels vous employez la cataphorèse ?

« 2° Dans quelle proportion cette méthode réussit-elle ?

« ... 6° Quels médicaments employez-vous, et quelle sorte de solution ?

« 7° Quelle est votre opinion sur l'avenir de la cataphorèse dans l'art dentaire ? »

Neuf praticiens ont répondu et voici quelques extraits de leurs réponses :

1. « Sans pouvoir indiquer de proportion, j'emploie toujours la cataphorèse quand la dentine est hypersensible, quand je veux extirper la pulpe, blanchir une dent, traiter une périodontite. J'y recours encore quand, opérant pour la première fois des sujets jeunes ou nerveux, je constate quelque sensibilité, car je leur évite ainsi la crainte ultérieure du fauteuil dentaire... »

(M. MOORHEAD, D. D. S. d'Aledo.)

2. « La cataphorèse m'a toujours réussi, sauf sur les dents jaunes et denses des personnes ayant dépassé l'âge moyen. »

(Dr BOGUE, de New-York.)

— « Quatre-vingt-dix-neuf pour cent. »

(VAN WOERT, M. D. S., de Brooklyn.)

— « Mes expériences n'ont jamais échoué. »

(W. J. MORTON, de New-York.)

— « Quatre-vingt-quinze pour cent. »

(HARVEY, D. D. S., de Cleveland.)
(MOORHEAD.)

— « Le succès dépend moins du sujet que de la connaissance des principes physiques de la cataphorèse et du bon usage des appareils. »

(CUSTER.)

— « Cent pour cent. »

(GILLETT, de New-Port.)

6. « Le médicament composé dont voici la formule :

Gaïacol	30 gr.
Chlorhydrate de cocaïne anhydre	0 gr. 10.

M.

« L'emploi de solutions aqueuses exige trop de temps ; en se servant de gaïacol on réduit ce temps. »

(W. J. MORTON.)

— « Le citrate de cocaïne placé dans la cavité et recouvert de coton humecté par les liquides buccaux. »

(Dr H. BARNES, de Cleveland.)

— « Le chlorhydrate aussi bien que le citrate de cocaïne, le dernier en solution dans l'alcool. La solution est d'autant meilleure qu'elle est plus forte. »

(HARVEY.)

— « Les meilleurs résultats m'ont été donnés par une solution à quinze pour cent de cocaïne dans l'électrozone (électrococaïne) ; l'extrême conductibilité du dissolvant est la cause de sa rapidité d'action. »

(G. C. BROWN, D. D. S., Elisabeth.)

— « J'emploie la solution saturée de cocaïne et je fais à l'avance des boulettes de coton absorbant de volume variable et contenant de 1/5 à 1/10 de grain de sel de cocaïne pure, de sorte qu'au moment de l'opération je prends simplement une de ces boulettes d'une grosseur appropriée, je la place dans la cavité et je l'humecte au moyen d'un petit compte-gouttes, puis je procède selon le mode ordinaire. »

(VAN WOERT.)

7. « Elle deviendra le procédé favori des opérateurs qui se donnent volontiers du mal pour leurs patients, qui sympathisent avec eux et qui prennent le temps de les recevoir. »

(CUSTER.)

— « La cataphorèse répond à un besoin auquel rien de ce que nous connaissons ne saurait satisfaire. »

(GILLETT.)

— « C'est une méthode que je n'abandonnerai jamais. »

(HARWEY.)

— « La cataphorèse verra son succès augmenter avec ses applications, à mesure que les dentistes auront des instruments convenables et acquerront, par la lecture les leçons d'autrui et l'expérience, les connaissances voulues pour assurer leur habileté, car la cataphorèse doit s'apprendre comme tout le reste.

(Dr AMBLER, de Cleveland.)

***De la cataphorèse : Sa valeur en chirurgie dentaire,** par FIELDEN BRIGGS, D. D. S., L. D. S., D. Sc., Clifton *(Quarterly circular*, avril 1897 ; *Progrès Dentaire,* juin 1897).

Les détracteurs de la cataphorèse prétendent, les uns que l'anesthésie est produite par le courant seul, les autres qu'elle l'est par l'application prolongée de la cocaïne. Cet auteur, pour s'éclairer, fit les expériences suivantes :

« Après m'être lavé le dos de la main, j'y appliquai le pôle positif et, tenant dans l'autre main le pôle négatif, je fis passer un courant de trois milliampères pendant 12 minutes; il n'en résulta aucune anesthésie. Je fis une autre expérience en mettant, cette fois, sur le dos de ma main, du coton imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 o/o; point de résultat après 12 minutes d'application. Enfin j'appliquai sur la cocaïne l'électrode positive et, tenant la négative dans l'autre main, je fis passer le courant; au bout de quelques minutes, la partie était suffisamment engourdie pour me permettre d'y enfoncer une aiguille sans douleur. Dans ce dernier cas il s'est produit une anesthésie cataphorique. »

L'auteur indique ensuite sa technique opératoire dans

différents cas et son article est accompagné d'illustrations reproduisant ses électrodes.



Fig. 2. — Electrode positive à double cupule de caoutchouc.

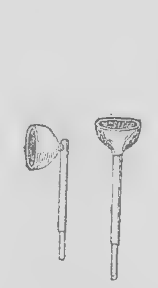


Fig. 3. — Electrodes amovibles terminées par une cupule de caoutchouc.



Fig. 4. — Manche pour tenir des pointes et des bulbes métalliques solubles

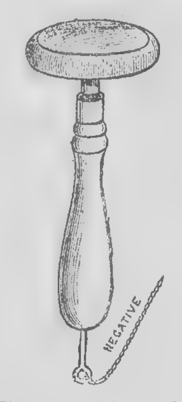


Fig. 5. — Electrode négative, éponge.

Il dit aussi que Morton emploie des électrodes positives solubles faites avec des métaux oxydables : cuivre, zinc, argent, etc.

* **Expérience sur la cataphorèse,** par NELSON M. CHITTERLING, de Bloomfield (New-York), (*Progrès Dentaire*, août 1897).

Après avoir cité plusieurs observations, l'auteur ajoute :

« J'attribue la rapidité des résultats que j'obtiens à ce que je me sers d'une solution de cocaïne aussi concentrée qu'il est possible, faite toujours extemporanément et de préférence dans l'électrozone.

« Ce qui m'a le mieux réussi, c'est d'avoir l'électrode positive tenant d'elle-même, car il est impossible de la maintenir fermement avec la main, et le moindre tremblement d'une main fatiguée donnera des secousses désagréables, souvent même fort douloureuses. »

De la cataphorisation en art dentaire, par ED. ROSENTHAL (*Policlinique, Revue Odontologique,* septembre 1897).

L'auteur, étendant le champ d'action de la cataphorèse, écrit ce qui suit :

« Cette propriété de l'électricité d'établir comme un courant liquide au travers des tissus les moins perméables peut être mise à profit, non seulement pour insensibiliser, mais encore pour faire arriver certains

médicaments, tels que les antiseptiques par exemple, dans les endroits inaccessibles par d'autres moyens. »

Puis il donne tout le détail de sa technique opératoire, non seulement pour la dentine sensible, mais aussi pour les extractions, ainsi que le traitement des 4es degrés, des abcès, des dents décolorées, etc.

* **Des dangers possibles de la cataphorèse**, par F.-F. FLETCHER, Saint-Louis (Etats-Unis), (*The dental Digest,* mai 1897, *Progrès Dentaire* septembre 1897).

Après avoir signalé certains dangers, l'auteur donne le conseil suivant :

« Il ne faut jamais employer la cataphorèse sur une dent où l'on a mis de l'arsenic ou d'autres médicaments aussi dangereux, parce que le courant les transporterait plus loin et causerait des dégâts inattendus. »

* **De la cataphorèse**, par J. O. ELY, travail lu à la *Société dentaire de Chicago,* 4 mai 1897 (*The Dental Digest,* mai 1897 ; *Progrès Dentaire,* septembre 1897):

Voici un extrait de cet intéressant travail :

« Comme résultat de trois cents opérations et de seize mois d'expérience de la cataphorèse, je suis convaincu qu'entre les mains d'un opérateur soigneux cette méthode est l'un des grands progrès réalisés par la profession.

« Dans la majorité des cas ces expériences ont convaincu les patients que nous touchions à l'ère de la *Dentistry* sans douleurs. »

Puis l'auteur ajoute, — ce qui est bien américain :

« Tous les patients, sans exception, ont été *plus* que consentants à augmenter le prix de l'opération, quand celle-ci a été prolongée par le fait de la cataphorèse. »

— Le 24 mai 1897, à l'Assemblée générale annuelle de la *Société odontologique suisse,* M. RESPINGER

reprend encore une fois l'importante question de la cataphorèse ; il énumère les nombreux services que peut rendre cette diffusion des fluides médicamenteux au moyen du courant électrique dans la pratique journalière : insensibilité de la dentine, blanchiment des dents, extraction immédiate et sans douleur de la pulpe, extraction des dents (A. THIOLY-REGARD, *L'Odontologie*, 15 septembre 1897).

La cataphorèse au Congrès de Moscou (*L'Odontologie,* 15 novembre 1897).

« M. CHROUCHTCHOFF est arrivé, d'après les faits constatés dans sa pratique, à être sûr que la cataphorèse rend vraiment l'extraction insensible, et il engage à continuer de plus en plus à s'occuper de cette méthode » (SCHLEIER).

Ajoutons cependant que les essais faits par lui devant les congressistes furent loin d'être concluants.

Observations sur la cataphorèse dans le traitement des 2e et 3e degrés de la carie, présentées au *Congrès Dentaire de Paris*, octobre 1897, par M. RIGOLET (Auxerre). (*L'Odontologie*, 28 février 1898).

Ces observations sont d'autant plus intéressantes qu'elles émanent d'un de nos jeunes travailleurs qui nous signale que, grâce à l'emploi préalable de l'anesthésie cataphorétique, il a pu supprimer la douleur de la cautérisation arsenicale et aussi qu'il a pu arrêter immédiatement une hémorragie pulpaire.

De la cataphorèse, par le Dr VAN WOERT (*Southern Dental journal, Progrès Dentaire*, novembre 1897).

Après un historique détaillé de la cataphorèse auquel nous avons fait plus haut des emprunts, l'auteur conclut :

« Quand même l'appareil ne servirait qu'au traitement de la péricémentite, il vaudrait son prix.

« Grâce à la cataphorèse, le temps demandé pour traiter la dent n'est pas la moitié de celui qu'il faut pour préparer une cavité sans son secours.

« Un courant élevé jusqu'au point de tolérance avec la même solution, produit le même effet qu'un courant moindre prolongé davantage. »

Narcotisme voltaïque (*L'Odontologie*, 15 février 1898).

Dans sa remarquable *Etude critique des meilleurs procédés d'anesthésie pour la chirurgie dentaire*, M. le Dr SAUVEZ s'exprime ainsi :

« Nous ne savons pas ce que l'avenir réserve à cette méthode (la cataphorèse) ; toutefois, nous ne pensons pas qu'elle puisse être discutée maintenant d'une façon profitable. Il faut attendre que des expériences bien précises et bien établies, en nombre suffisant, nous fournissent une base de discussion et nous montrent quelles sont les parts à faire à l'électricité, à la cocaïne ou à un autre anesthésique local, et à la suggestion. »

Emploi de la cataphorèse pour l'extirpation des pulpes vivantes ; obturation immédiate de la racine, par S. E. GILBERT, D. D. S. (*Welch's Monthly, Progrès Dentaire*, mars 1898).

Après la description de son *modus operandi* l'auteur conclut ainsi :

« Pour les dents à racine unique il faut compter environ 45 minutes après l'application de la digue, pour exécuter les divers temps de l'opération, et pour les molaires une heure et demie. Mais c'est là une durée moyenne, qui tantôt est bien moindre, tantôt un peu plus longue. Ce qui me plaît surtout dans cette méthode, c'est qu'elle m'évite les traitements consécutifs et permet de tout terminer en une séance, sans douleur et sans complications ultérieures. »

Piles secondaires ou accumulateurs pour la cataphorèse. Travail lu par le Dr CHARLES A. HAWLEY à la *Société dentaire de l'Etat d'Ohio* (*Dental Cosmos,* février 1898 ; *Progrès Dentaire,* avril 1898).

Cette communication, suivie d'une discussion, nous donne des détails techniques sur la valeur comparée des piles et des accumulateurs. Ce sont ces derniers qui sont adoptés par l'auteur. Cette question d'ailleurs est sans intérêt pour les dentistes établis dans des villes où le courant est distribué à domicile.

Empoisonnement dû à l'emploi de la cocaïne par la cataphorèse. Sous ce titre nous trouvons dans *L'Odontologie* du 15 mai 1898 le résumé suivant d'un article traduit du *British journal of Dental science :*

« Le Dr Moore, de Francfort, cite un cas de symptôme d'empoisonnement qu'il affirme être dû à l'application de la cocaïne à la pulpe au moyen du courant électrique.

« Après des recherches complètes pour découvrir la cause de l'accident, il a été convaincu que le foramen apical était très largement ouvert, de sorte que la cocaïne a pénétré rapidement dans l'organisme .»

Cet accident, de nature à attirer notre attention, vient contredire tout ce qui a été dit jusqu'à ce moment.

Un mot sur la cataphorèse, par L. E. CUSTER (*Dental Cosmos, Progrès Dentaire,* mai 1898).

Après l'engouement des débuts, surgissent les réserves suivantes :

« Il est presque impossible d'insensibiliser la dentine dans les parois d'une cavité profonde, parce que le courant, trouvant un meilleur con-

ducteur dans la couche mince du tissu à demi décalcifié, au fond de la cavité, s'écoulera en majeure partie du côté de la pulpe. Ainsi donc, les parois d'une cavité profonde ne sont généralement pas anesthésiées par le courant, sauf d'une façon réflexe par le fait de l'anesthésie pulpaire au travers de la mince couche de dentine au fond de la cavité. C'est là que gît le danger. La pulpe est déjà entre la vie et la mort par le fait de sa dénudation imminente, et le courant galvanique dont on a besoin pour insensibiliser la dent peut compromettre la vitalité de l'organe. Dans les cavités où la pulpe est protégée par une bonne épaisseur de tissu, le même courant peut être utilisé sans danger.

Il faut aussi s'assurer qu'il n'y a pas une dérivation qui pourrait détruire le tissu gingival. »

— Le 28 mai 1898, à l'Assemblée générale annuelle de la *Société odontologique suisse*, M. Grosheintz, de Bâle,

présente une minuscule électrode, construite par M. Klingelfuss, électricien à Bâle ; cette électrode s'ajuste sur un clamps et prend toutes les positions, grâce à une articulation ronde en caoutchouc noir retenue dans une bande emboutie de métal. Avec cette électrode le dentiste n'est pas obligé de la maintenir lui-même dans la bouche du patient ; il a donc moins de fatigue et c'est également plus agréable pour ce dernier. (*Voir figures* 6, 7 et 8).

(A. Thioly-Regard, *L'Odontologie*, 15 juillet 1898).

Démonstrations pratiques faites à la *Société d'Odontologie de Paris*, juin 1898 :

« Tout d'abord, on aurait dû, pour réunir toutes les chances de succès, employer, avec cette méthode nouvelle, un anesthésique sûr, tel que la cocaïne, dont nous connaissons bien les excellents effets ; au lieu de cela, on avait garni les cupules de caoutchouc de l'appareil avec de petits tampons imbibés de menthol, et non seulement l'anesthésie n'a été que rarement obtenue, mais encore les vapeurs de menthol produisaient sur les yeux de l'opérateur un picotement tel que la netteté de la vue en était diminuée. »

(Dr Maire, *L'Odontologie*, 15 août 1898)

Emploi de la cataphorèse et de la cocaïne pour anesthésier les dents sensibles (*Cosmos, Progrès Dentaire*, juillet 1898).

« Il y a, dit le Dr Low, deux catégories de gens chez qui il est inutile d'essayer ce moyen, les uns paraissant réfractaires à la cocaïne, les autres étant si sensibles à l'électricité que le remède est pire que le mal.

Le Dr Beck lui demande si, à son avis, le ciment introduit dans une dent pourrait pénétrer dans les canalicules.

Non, répond le Dr Low, mais une portion de l'acide libre du ciment le pourrait et s'opposerait ainsi à la pénétration de la cocaïne. Les dents

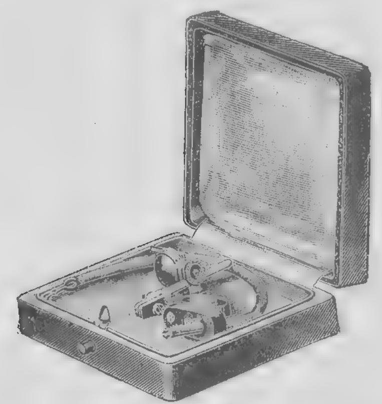


Fig. 6. — Porte-électrode universel KLINGELFUSS.

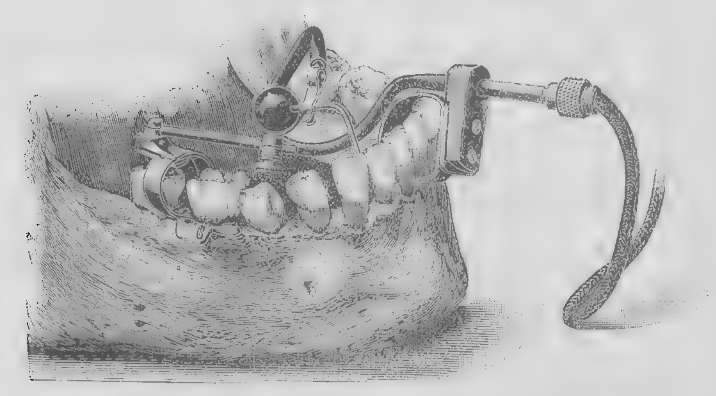


Fig. 7. — Porte-électrode universel en position.

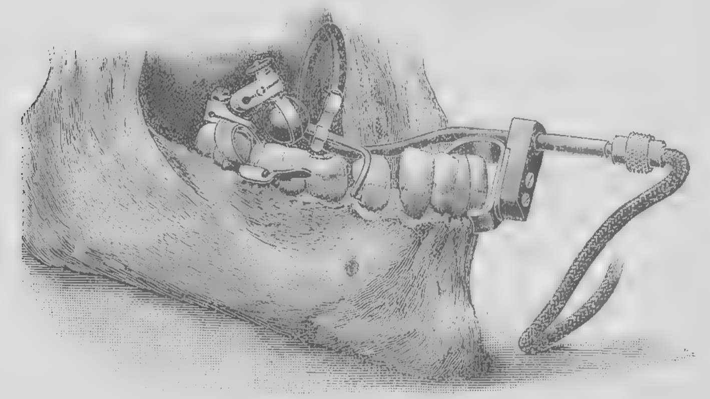


Fig. 8. — Porte-électrode universel en position pour une carie de collet.

antérieurement obturées avec du ciment ne conviendraient pas, selon lui, au traitement cataphorique. »

Blanchiment des dents à l'aide de la cataphorèse. Travail lu par le Dr F. W. Low, à la réunion annuelle des *Sociétés dentaires* des 6e, 7e et 8e districts *de l'Etat de New-York* (*Dental Cosmos*, mai 1898; *Progrès Dentaire*, août 1898).

L'auteur raconte un insuccès amené par une aurification existante sur une autre face de la dent; aussitôt l'aurification enlevée, le résultat désiré s'obtint rapidement.

Il nous apprend aussi que, dans l'application de la cataphorèse avec le pyrozone, il faut placer le pôle *négatif* dans la dent : l'effet du courant étant de porter l'oxygène vers le pôle positif, si celui-ci était placé dans la dent et le pôle négatif dans la main, l'action serait nulle; au contraire, en renversant les pôles, le courant entraîne la solution dans les tissus.

Emploi de la cataphorèse dans certains cas difficiles par le Dr Weston A. Price, de Cleveland (*Dental Cosmos, Progrès Dentaire*, août 1898).

Considérations diverses sur la cataphorèse (*Dental Cosmos*, mai 1898, *Progrès Dentaire*, août 1898).

Dans ces deux articles sont étudiées diverses applications dans des cas compliqués ; nous les retrouverons dans la technique opératoire.

Produits électrolytiques de médicaments dentaires par Weston A. Price, de Cleveland (Etats-Unis.) (*Ohio Dental journal*, juin 1898; *Progrès dentaire*, novembre 1898).

Excellent article de chimie électrique dont voici la conclusion :

« On croit généralement que certains médicaments sont transportés sans modifications vers le pôle négatif, et certains autres vers le positif. Cela n'est pas, et il faut faire tous ses efforts pour rectifier cette opinion terriblement trompeuse. Quelques-unes des molécules se dissocient, et leurs éléments vont les uns au pôle négatif, les autres au positif, des parties électro-équivalentes allant dans chaque direction. »

Intoxication cocaïnique déterminée par l'application de la catapho-

rèse pour une extraction pulpaire par le D[r] M. W. FOSTER, de Baltimore, travail lu à la *Société dentaire de l'Etat de New-York*, 12 mai 1891 (*Dental Cosmos*, septembre 1898; *Progrès dentaire*, décembre 1898).

L'auteur décrit des accidents d'intoxication survenus après une séance de cataphorèse, dans un cas où la carie s'étendait au-dessous de la gencive et où par conséquent la pénétration du médicament a dû se faire plus rapidement par ce tissu mou.

*
* *

Le D[r] DARIN, traducteur du journal *Le Progrès dentaire*, a réuni le plus grand nombre des articles insérés dans ce journal, auxquels il en a ajouté certains autres pour présenter un ensemble de documents sur la cataphorèse. Cette publication, précédée d'un historique auquel nous avons fait des emprunts, a été faite dans la *Revue odontologique* en mai, juin, juillet et août 1898 et aussi dans un seul numéro du *Bulletin de la clinique gratuite Henry Giffard* (n[os] 15 à 20, 1896-1898).

Nous avons dans cette étude fait précéder d'un *astérisque* les articles reproduits dans le travail du D[r] Darin.

Voici maintenant l'indication de ceux des principaux qu'il y a ajoutés:

* **Cataphorèse** par O. N. HEISE, de Cincinnati (article cité plus haut, page 18).

* **Emploi de la cataphorèse et de l'électrolyse en pathologie dentaire** par JOHN M. FOGG (*Dental Cosmos*, février 1897).

Indication du traitement de la pericémentite chronique.

* **L'électricité en art dentaire** par W. HERDMAN, Université de Michigan (*Dental Register*, mai 1897).

« Naguère on pensait que le transport par le courant de substances en solution dans des liquides faisant partie du circuit n'avait lieu que du pôle positif au pôle négatif et que ces substances, pour être entraînées dans les tissus, devaient être placées à l'anode. Mais des recherches récentes ont montré qu'il est des substances qu'il faut placer au pôle négatif, l'action électrique les entraînant dans la direction opposée au

sens que l'on suppose être celui du courant..... Seule, l'expérience peut déterminer la direction suivant laquelle se transportera une substance. »

* **Electro-Physique** par E. T. LOEFFLER, de Soginaw, Mich.

« Il y a un certain nombre de difficultés pratiques qui empêchent l'électricité de se populariser parmi les dentistes... Je signale, avant tout, l'absence de tout enseignement théorique et pratique dans nos écoles publiques. L'électro-thérapeute doit posséder une connaissance complète de tout ce qui se rapporte à la physique du sujet, y compris la chimie physiologique. »

* **Travail** lu par le Dr H. W. GILLET de New-York, à la *Société dentaire de l'Etat de New-York* (*Cosmos*, août 1897).

Dans ce travail l'auteur reproduit en les développant les théories émises par le professeur Herdman (*voir ci-dessus*); il ajoute aussi :

« L'emploi de la cataphorèse cocaïnique pour l'extraction des dents est une erreur, le courant ne pouvant passer à travers l'alvéole tant qu'il est libre de suivre les tissus mous.

L'introduction de l'iode et d'agents similaires par ce procédé réclame une prudence extrême, car de pareilles substances pourraient, en pénétrant profondément, produire de très facheux résultats ».

* **Les phénomènes de la cataphorèse** par le Dr WESTON A. PRICE, de Cleveland (*Dental Cosmos*, septembre 1897).

Dans ce très important travail, qui est à lire en entier, l'auteur étudie successivement :

— L'effet physiologique d'un courant constant sur le tissu nerveux.
— Les lois de l'osmose.
— Les lois de l'électrolyse.
— L'application des lois de l'électrolyse à l'anesthésie de la dentine.
— Les déductions à tirer des résultats cliniques quant aux lois relatives à l'excitabilité nerveuse, à l'osmose et à l'électrolyse.

*
* *

Pour être complet signalons :

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale. 2e édition dans laquelle M. CH. QUINCEROT a consacré un court chapitre à la *cataphorèse.*

La cataphorèse dans l'Art Dentaire, discours du Dr WILLIAM

J. MORTON[1] à la *Société dentaire de New-York* que nous trouvons dans la *Revue Internationale d'Electrothérapie*, août, septembre, octobre et novembre 1898, et dont voici la péroraison imagée :

« Pour employer une comparaison ordinaire, les applications topiques peuvent être comparées à un clou posé sur une planche ; mais si vous prenez un marteau et que vous enfonciez le clou, c'est la cataphorèse. »

(A suivre).

---

1. Le Dr W. J. Morton, professeur d'électrothérapie à New-York, sous l'inspiration duquel le Dr Gillet fit ses premiers essais de cataphorèse, est le fils du célèbre dentiste Morton auquel on a attribué la découverte de l'anesthésie par l'éther.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 25 avril 1899.

Présidence de M. le Dr QUEUDOT.

M. le Dr Amoëdo donne lecture d'une note clinique sur une aurification faite à l'Ecole odontechnique avec l'or de Genève.

M. Burt déclare que l'or de Trey ne lui a pas donné les résultats qu'il en attendait.

C'est une erreur de croire que la manipulation de l'or cristallisé soit un jeu d'enfant ; les prospectus ont trompé au début les praticiens. Le travail de cet or exige beaucoup de soin et ne doit pas être employé par les débutants. En somme il ne s'en sert plus pour son compte, persuadé qu'il y aura toujours dans l'aurification un travail artistique et que l'or obturant automatiquement les cavités les plus rebelles n'est encore qu'un beau rêve pour les chirurgiens-dentistes.

M. Burt communique un cas d'extraction à la suite de douleurs névralgiques persistantes.

Sa communication présente ce cas curieux d'une réussite parfaite n'ayant eu qu'un insuccès comme résultats au point de vue pratique. Il n'a eu que 3 à 4 jours de périostite après sa réimplantation et, malgré l'absence complète de cette affection, malgré l'adhérence normale parfaite, malgré tous les signes pouvant tranquilliser l'opérateur, une douleur névralgique persistante et intolérable vint forcer l'extraction définitive six mois après.

Pour *M. le Dr Queudot*, une diathèse du sujet fournirait seule la raison cherchée. Malgré cela, au point de vue réimplantation, il y a eu un succès évident dont il félicite M. Burt.

M. le Dr Amoëdo tient à cette occasion à fournir quelques renseignements sur sa façon de procéder en pareils cas. Pour lui, l'obturation de la racine à l'or ne vaut pas l'obturation en gutta-percha. Cette obturation, à son sens, ne peut aucunement empêcher la résorption de la racine. Il y a ordinairement 3 à 4 jours de douleurs.

M. le Dr Queudot cite des cas où la douleur a eu une durée supérieure, voire jusqu'à 1 mois.

M. Burt, reprenant la question de la réimplantation, déclare qu'il

ne verrait pas d'inconvénient à faire le curettage de la cavité avant de replacer la dent à réimplanter.

M. Frison père présente à la Société les modèles d'un sujet sur lequel il a dû replacer 5 dents à pivots. Les empreintes primitives et définitives font foi du travail et de la constance du praticien ; la réussite d'ailleurs a pleinement couronné ses efforts.

Il signale ensuite un redressement immédiat fait dans son cabinet et dont il fait circuler le modèle. La dent retournée n'a eu besoin d'aucun appareil de contention pour demeurer dans sa nouvelle position. Des redressements semblables avaient été signalés par M. Siffre l'an dernier.

M. Hivert regrette de ne pas voir le modèle définitif que M. Frison promet d'apporter à la prochaine séance.

M. Burt s'étonne d'un maintien sans appareil et basé sur la nature seule. Il ajoute que dans tant de cas où, le redressement terminé, le praticien se voit dans la presque impossibilité de le conserver intact, il serait heureux de pouvoir appliquer cette méthode idéale.

M. Amoëdo n'est pas partisan de cette méthode et fait un court éloge, en passant, des articulateurs de Bonwill.

Il fait ensuite une description complète du four à gaz qu'il possède pour ses travaux en porcelaine dont il a apporté de nombreux spécimens. Il divise ces travaux en deux classes : les travaux à haute fusion et les travaux à basse fusion. Les premiers ont pour base le platine, les seconds sont à base d'or.

La façon de procéder de M. Amoëdo ne laisse aucun doute à l'auditoire sur la valeur de l'opérateur ni sur les résultats obtenus, qui sont des plus satisfaisants.

M. Burt tient à émettre une opinion déjà exprimée par lui au cours de sa communication sur les mêmes sujets : l'empreinte minutieuse d'une cavité ne peut être prise exactement qu'avec l'or, le platine n'offrant pas une souplesse suffisante pour en modeler les plus infimes détails.

M. Amoëdo fait circuler une feuille de platine pour faire juger à la Société de la malléabilité obtenue avec ce métal.

M. Siffre. — Il faut une fois pour toutes s'entendre au sujet du mot porcelaine. Est-ce bien de porcelaine qu'il s'agit dans les cas précités ? Si nous nous en tenons au degré de fusion de la porcelaine, je répondrai non, il s'agit de céramique.

Nous n'avons rien à envier aux étrangers, la France a marqué le pas, ils ont suivi, mais ne doivent pas s'imposer aujourd'hui.

M. Siffre avoue l'apathie des dentistes français qui n'ont pas travaillé suffisamment, étant favorisés pour le faire.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

DES CAUSES DU RETARD DE L'ÉVOLUTION DENTAIRE DES ENFANTS EN NOURRICE

M. Ledé (Paris). — Ce retard tient, d'après 248 observations prises dans la banlieue de Paris, à ce que la nourrice réserve son lait à son enfant et ne donne que le surplus au nourrisson. Celui-ci, dans ces conditions, n'a ses premières dents que vers dix, onze et treize mois. Si, au contraire, c'est l'enfant de la nourrice qui est sevré ou élevé artificiellement, c'est lui qui subira des retards dans son évolution dentaire. Pour éviter cette fâcheuse alternative, il serait désirable que les nourrices au sein ne fussent autorisées à prendre un nourrisson que lorsque leur propre enfant a atteint au moins cinq mois.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

I. — ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE LA LANGUE.

MM. Lafarelle et Soubourou. — D... (Pierre) entre le 9 novembre 1898 dans le service de M. le professeur Demons, salle 18, lit 12, pour ulcération de la langue.

Les antécédents héréditaires sont nuls, le malade ne peut donner de renseignements.

Antécédents personnels : pas de trace de syphilis, alcoolisme plus probable. Depuis un an, il tousse et crache fréquemment.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, le malade, qui a de très mauvaises dents et notamment un chicot au maxillaire gauche, vit apparaître sur le bord gauche de la langue, à trois centimètres environ de la pointe, une ulcération de la grosseur d'une lentille. Il n'y attacha pas d'importance. Cette ulcération devint gênante pour la mastication et la parole et devint également très douloureuse dans l'exercice de ses fonctions. Pas de douleurs spontanées.

Depuis l'apparition de cette ulcération, le malade crache et tousse de plus en plus. Il a considérablement maigri et perdu ses forces.

Examen. — A l'inspection on constate, sur le bord gauche de la langue et vers son milieu, une ulcération à bords festonnés et irréguliers, de deux centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur.

Les bords sont festonnés et se continuent insensiblement avec le fond de l'ulcération.

Le fond a une coloration blanchâtre sur la face supérieure de la

langue, et rosée, avec des points jaunâtres, sur la face inférieure de la langue.

Autour de l'ulcération, la langue est légèrement tuméfiée, mais l'induration inflammatoire est légère. On trouve, notamment, sur le bord et immédiatement en regard de la portion profonde de l'ulcération, sur le maxillaire gauche supérieur, une molaire cassée tranchante qui a dû jouer un rôle important dans la formation de l'ulcération.

Pas de ganglions parotidiens, sus-hyoïdiens ou sous-maxillaires. Pas de douleurs irradiées dans l'oreille.

L'examen de la poitrine révèle des signes non douteux de tuberculose pulmonaire : caverne au sommet droit, râles sous-crépitants à gauche, crachats muco-purulents abondants ; bacilles de Koch.

Le malade nous a paru intéressant, parce que les ulcérations tuberculeuses de la langue ne sont pas très fréquentes, et pour montrer la localisation spontanée ou traumatique (blessure de la langue par la dent) de la tuberculose.

II. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur

MM. de Boucaud et Cruchet présentent un jeune garçon de dix-sept ans, P... (Paul), cultivateur, de Villeneuve-sur-Lot, qui est entré le 13 janvier 1899 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Lannelongue, pour une volumineuse tumeur siégeant au niveau du maxillaire inférieur du côté gauche.

Ni dans les antécédents héréditaires du malade ni dans ses antécédents personnels il n'y a rien à signaler. Pas de scrofule, pas de syphilis héréditaire ou acquise ; la dentition a apparu sans incidents, mais depuis quatre ou cinq ans elle est en très mauvais état.

Il y a un peu plus de deux ans, en novembre 1896, P... eut une fluxion ayant pour point de départ la première grosse molaire inférieure gauche. Il voulut se faire arracher la dent par un charlatan de passage qui la cassa et laissa la racine ; la gencive saigna aussitôt, mais il n'y eut pas d'hémorragie à proprement parler. Huit jours après, à ce niveau, existait une légère tuméfaction accompagnée de douleurs et d'un minime écoulement de pus. Un mois plus tard, la saillie avait atteint le volume d'une grosse noix, envahi les gencives voisines et se montrait en dehors au-dessous du maxillaire. A ce moment, sa consistance était molle, elle gardait l'impression du doigt ; par pression il s'écoulait du pus ; la réaction douloureuse était nulle.

Cet état est demeuré stationnaire jusqu'en juillet 1898, c'est-à-dire pendant un an et demi. A cette époque, sans cause connue, de nouveaux phénomènes apparaissent : la tumeur se met à augmenter de volume d'une manière progressive et rapide, tout en étant le siège de douleurs lancinantes, surtout nocturnes.

Enfin, quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, le malade constata au niveau des gencives des deux prémolaires, de la première grosse molaire supérieure gauche, une nouvelle grosseur du volume d'une noisette qui a légèrement augmenté depuis.

A l'examen actuel, on constate un développement anormal de la joue gauche. A la partie inférieure du maxillaire existe une tumeur ayant sensiblement la configuration d'une grosse poire coupée en deux dans le sens de la longueur, la petite extrémité étant dirigée vers le lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est lisse, non adhérente, sans coloration plus marquée qu'à l'ordinaire, sans circulation veineuse complémentaire, sans température locale plus élevée que dans la région symétrique.

En avant, la tumeur s'étend jusqu'à deux travers de doigt environ de la symphyse mentonnière ; en bas, elle se confond avec le bord inférieur du maxillaire; en haut, elle remonte jusqu'au tiers moyen de la joue qu'elle repousse en avant d'elle; en arrière, elle semble avoir envahi la partie postérieure de l'arcade zygomatique, ainsi que l'angle de la mâchoire ; en réalité, l'arcade ainsi que l'angle mandibulaire et le bord postérieur de la branche du maxillaire sont entièrement libres ; l'articulation temporo-maxillaire est indemne.

La tumeur est unie, régulière, arrondie, sans la moindre bosselure offrant une consistance ferme, dure, osseuse au doigt, qui ne peut la déprimer ; elle est immobile par elle-même, fixée au maxillaire avec lequel elle fait corps et dont elle suit les divers mouvements.

L'appareil musculaire du voisinage fonctionne normalement ; il n'y a pas de déviation du larynx ou de la trachée ; pas de troubles de compression.

Si l'on fait ouvrir maintenant la bouche du malade, on note la présence d'une saillie concordant avec la configuration extérieure ; les dents sont complètes, mais en partie cariées ; la canine et les prémolaires inférieures gauches sont branlantes, mais très légèrement, et penchées par leur couronne dans la cavité buccale. Au niveau du chicot de la première grosse molaire inférieure gauche et des dents voisines existe la tuméfaction correspondant à la saillie extérieure, dure, arrondie, immobile comme elle, mais dont la pression auprès des gencives malades fait sourdre du pus. La muqueuse buccale qui recouvre la tumeur est absolument saine, de couleur rosée et glisse nettement sur les parties sous-jacentes.

Mais ce qu'il importe surtout de mentionner, c'est que la face interne de la branche gauche du maxillaire n'est nullement modifiée et qu'elle est identique à la face interne symétrique.

D'autre part, la première grosse molaire supérieure gauche est cariée ; au-dessus d'elle et en avant, surplombant les prémolaires, on remarque une seconde grosseur du volume d'une petite noix, lisse,

unie, immobile, faisant corps avec le maxillaire supérieur, recouverte par la muqueuse saine. Dure dans sa partie postérieure, elle présente en avant un point qui cède sous le doigt, mais revient à sa place primitive dès qu'on cesse la pression, à la manière du fer blanc qui plie sous l'effort. Elle est un peu douloureuse à la pression, à l'encontre de la précédente.

Notons enfin qu'au-dessus de la première grosse molaire supérieure droite, gâtée également, il existe encore une très légère tuméfaction.

L'état général de P... est satisfaisant : il a bon appétit, dort bien, n'a pas de fièvre ; il est cependant assez pâle et prétend avoir maigri depuis septembre dernier. Il ressent dans tout le côté gauche de la face des douleurs assez vives parfois, mais sans irradiations.

Le déglutition, la mastication, la phonation sont normales ; le malade parle du nez et ronfle ; mais les amygdales sont très volumineuses, l'haleine est extrêmement fétide et nauséabonde.

A part ces quelques particularités, les autres appareils ou organes sont en bon état.

Telle est l'histoire de ce malade pour lequel M. le professeur Lannelongue a conclu à une affection simplement inflammatoire, à une ostéo-périostite, à une panostéite, une ostéomyélite, ayant eu pour point de départ les lésions de carie dentaire que nous avons signalées plus haut. Il ne s'agit point évidemment de syphilis ou de tuberculose. Il était plus légitime de penser à l'actinomycose. Mais la régularité de la tumeur, l'absence de trajets fistuleux, enfin et surtout l'examen bactériologique du pus recueilli dans l'anfractuosité alvéolaire, pratiqué deux fois et déclaré chaque fois négatif par M. le professeur agrégé Sabrazès, firent rejeter cette opinion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Pièce dentaire arrêtée dans la portion thoracique de l'œsophage ; évacuation par les voies naturelles après ingestion de bouillie de pommes de terre.

M. Gangolphe. — J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une pièce dentaire avalée pendant la nuit par une malade et évacuée par les voies naturelles. Comme vous le voyez, cette pièce est composée d'une dent incisive, d'une plaque de platine et de deux crochets ; l'un de ces derniers est brisé. Les dimensions de ce dernier sont en longueur 33 millimètres, en largeur 20 millimètres. Dans la nuit du 16 au 17 décembre, la malade fut éveillée en sursaut par une sensation d'étouffement. Elle prit de l'huile de ricin après avoir vainement essayé de se faire vomir ; finalement, elle se présente à

ma visite. En dehors de son état d'inquiétude, d'angoisse, elle déclare ne pas être gênée pour respirer; par contre, il existe une douleur continue, pénible, qu'elle localise à la partie moyenne du sternum. Quand elle boit ou quand elle avale même seulement sa salive, cette douleur s'exaspère ; il est certain que l'alimentation serait à peu près impossible. L'exploration extérieure du cou ne montre rien de particulier. Après m'être fait décrire aussi bien qu'il est possible la pièce dentaire, j'estime qu'il vaut mieux, a priori, éviter le cathétérisme et les tentatives d'extraction par les voies naturelles. Le corps étranger est irrégulier, profondément situé ; mieux vaudrait qu'il fût dans l'estomac. Pour cela aussi le refoulement physiologique est préférable à toutes les tentatives. Je recommande d'alimenter la malade avec des purées épaisses de pommes de terre, des soupes de pain. Après quelques repas, la malade se sent soulagée ; la radiographie ne montre aucune trace de corps étranger ; le 19 décembre, elle se sent tout à fait bien ; le 20 décembre, au matin, elle retrouve le dentier dans les matières fécales et complètement enrobé.

A propos d'un malade porteur d'un dentier implanté dans la portion thoracique de l'œsophage avec fistule œsophago-trachéale, que je vous ai présenté opéré et guéri, je disais qu'il ne fallait jamais essayer de refouler un dentier; c'est encore mon opinion ; mais, dans les cas de corps étranger, petit, irrégulier, profondément situé, il faut essayer la cure par la purée de pommes de terre.

M. Gouilloud. — J'ai observé un cas analogue où la malade avait spontanément ingéré de la mie de pain mouillée et obtenu l'évacuation spontanée par l'anus.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD

Gomme volumineuse de l'amygdale ayant envahi la moitié du voile du palais

M. Gaudier présente à la Société une femme de 55 ans, chez qui une gomme syphilitique de l'amygdale gauche a envahi la partie avoisinante (moitié environ) du voile du palais. Cette malade ignore qu'elle a la syphilis. Il y a six mois, a débuté une ulcération caractéristique de l'amygdale, qui a rapidement creusé jusqu'aux gros vaisseaux du cou. Cette femme ne souffre pas et n'a jamais souffert : la cachexie qu'elle présente est due à la misère physiologique. Aucun ganglion au voisinage de cette lésion. Sur les bras, les seins, les jambes et les pieds, on remarque du rupia syphilitique.

M. Gaudier élimine rapidement le chancre, la tuberculose, l'actinomycose et l'épithélioma. On ne peut songer qu'à une gomme syphi-

litique de l'amygdale ; un traitement intensif à l'huile grise et à l'iodure de potassium servira de pierre de touche.

M. Noquet insiste sur la rareté des gommes de l'amygdale. Il en a observé un cas où les lésions étaient beaucoup moins profondes que chez la malade présentée. La femme qu'il soignait ignorait également avoir la syphilis ; son mal était plus récent et a très bien guéri par le traitement spécifique.

CONGRÈS DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Contribution a l'étude et a l'histoire des sinusites maxillaires aiguës.

M. Luc (Paris). — La première partie de cette communication concerne un cas d'emphysème fronto-maxillaire gauche, aigu, à pneumocoques, survenu chez un jeune étudiant en médecine, à la suite de l'autopsie d'un sujet mort de méningite cérébro-spinale à pneumocoques et qui guérit, sans opération, à la suite d'applications chaudes au devant des cavités malades et d'inhalations mentholées.

Il faut remarquer que le sinus ne redevint perméable aux rayons lumineux que plus d'un an après la cessation de toute suppuration.

Dans la seconde partie l'auteur rapporte deux cas d'abcès sous-périostiques pré-maxillaires d'origine dentaire, ouverts secondairement dans le sinus. Comparant ces deux faits aux observations cliniques des anciens auteurs, il dit que les prétendus faits d'empyème maxillaire ouverts spontanément à travers la paroi antérieure de l'antre, qu'on rencontre en si grand nombre dans les anciens traités, pourraient bien avoir été mal interprétés et n'être que des cas d'abcès sous-périostiques pré-maxillaires ouverts secondairement dans le sinus.

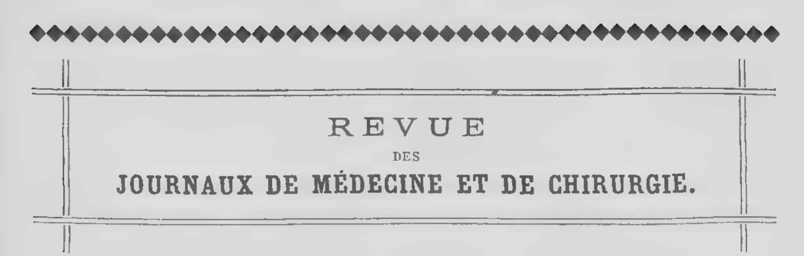
Chez ses deux malades il a employé, avec le plus grand succès, sa méthode d'ouverture large du sinus, suivie de drainage nasal. Les deux foyers se trouvent ainsi réunis en un seul, et l'on évite les inconvénients d'une incision cutanée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Contribution a l'étude des symptomes et du diagnostic des sinusites.

MM. Lubet-Barbon et Furet. — Les auteurs considèrent l'empyème fronto-maxillaire comme une seule et même maladie, dont

l'origine peut être nasale ou dentaire. Ouverture provisoire du sinus par la fosse canine et par le méat inférieur, sans drain, 3 récidives dans 17 opérations de sinus maxillaire ; pas de récidive dans 9 opérations sur le sinus frontal. C'est l'éclairage par transparence et surtout la ponction exploratrice du sinus maxillaire qui permettent d'établir définitivement le diagnostic. Le diagnostic d'empyème du sinus frontal, si l'éclairage ne donne pas de donnée suffisante, se fait au moyen d'une trépanation exploratrice.



REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

L'ŒIL ET LES DENTS. RELATIONS PATHOLOGIQUES.

(Dr LAGLEIZE de Buenos-Ayres).

Il existe des relations pathologiques entre le système dentaire et l'appareil de la vision.

S'il est incontestable que les maladies des dents peuvent provoquer des altérations de l'appareil de la vision; s'il est également vrai que quelques oculistes sont trop persuadés de la fréquence de ces accidents au point que Fieuzal avait fait installer une clinique dentaire voisine de la sienne, aux Quinze-Vingts, le médecin devra néanmoins s'entourer de la plus grande circonspection dans le diagnostic étiologique avant d'entreprendre ou de conseiller un traitement chirurgical sur la dent supposée cause. Il examinera longuement les régions voisines (sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal, ethmoïdal, cavité nasale, etc.); il éliminera ou fera intervenir judicieusement toutes les diathèses, les maladies générales ou celles d'organes plus ou moins éloignés, etc., que le sujet présentera.

Quand il ne s'agit que des phénomènes fonctionnels, comme la mydriase, la paralysie de l'accommodation, les spasmes, les amblyopies, etc., il dirigera son examen tout spécialement du côté du système nerveux, car il pourrait y trouver l'explication causale des symptômes. La lésion dentaire peut être en effet, dans ces cas, une simple coïncidence ou une cause occasionnelle.

En général, il convient de faire un examen minutieux de l'appareil dentaire dans beaucoup de maladies oculaires, sans cause apparente, et que les traitements ordinaires n'ont pas améliorées. D'autre part, l'exploration des dents est une pratique toujours recommandable, car elle peut souvent, quoique sous un autre point de vue, guider les recherches étiologiques dans un grand nombre de maladies oculaires. Le rachitisme, la scrofule, et surtout la syphilis héréditaire, présentent des altérations suffisantes pour éclairer l'oculiste et lui indiquer un traitement convenable. La kératite interstitielle, les cataractes zonulaires, les choroïdites, les rétinites, les atrophies et les névrites optiques de l'enfance, ont coutume de s'accompagner d'altérations dentaires dystrophiques que tout médecin doit savoir interpréter.

Les lésions du système dentaire peuvent se répercuter sur l'œil en y déterminant des phénomènes réflexes.

Les phénomènes réflexes pourraient avoir lieu par un mécanisme discutable, être attribués tantôt à des inhibitions ou des excitations

nerveuses, tantôt à des phénomènes vaso-moteurs par contraction et dilatation des vaisseaux, tantôt à des perturbations dans les sécrétions ou dans la nutrition; mais l'authenticité d'un grand nombre d'exemples cliniques est plus que suffisante pour faire admettre des perturbations fonctionnelles des yeux, engendrées par une action réflexe partie des dents.

Le réflexe peut se manifester sous la forme d'altérations de la nutrition, de la motilité et de la sensibilité générale, et spécialement de l'organe de la vision. Le pronostic, en général, est favorable, car toujours l'affection disparaît quand elle a été combattue convenablement, avant que les simples altérations fonctionnelles aient entraîné des désordres organiques. Le traitement, il est inutile de le dire, sera dirigé tout d'abord contre les dents.

Les lésions inflammatoires du système dentaire sont susceptibles d'envahir l'œil par contiguïté de tissus ou par l'intermédiaire du système veineux produisant des infections microbiennes. Par cette même voie peuvent aussi s'avancer des agents toxiques qui déterminent des manifestations phlogosiques, principalement sur la membrane uvienne (intoxication de voisinage).

Les maladies oculaires dépendant de lésions dentaires sont de nature et de symptomatologie variées.

La carie et la périostite alvéolaire sont les deux lésions dentaires qui occasionnent le plus fréquemment des complications oculaires. La dentition normale et lente, les dents comprimées entre elles, les dents obturées, les extractions, les prothèses, etc., peuvent avoir aussi leur contre-coup sur l'œil.

Toutes les dents, quoique très rarement les inférieures, sont capables d'engendrer des perturbations réflexes ou inflamatoires dans l'appareil oculaire. Les petites et les premières grosses molaires du maxillaire supérieur sont celles qui exposent le plus souvent à de telles complications, surtout quand elles s'accompagnent de suppuration de l'alvéole, et plus encore si le sinus maxillaire s'enflamme.

Quelques affections oculaires peuvent provoquer des névralgies irradiées vers les filets dentaires du trijumeau, à tel point qu'elles peuvent en imposer pour une lésion dentaire et faire prendre l'effet pour la cause.

(Archives d'ophtalmologie, mai 1899.)

Les microbes de la bouche.

Les bactéries de la bouche vivent et se multiplient le mieux dans des milieux alcalins gélatinisés (1 o/o de soude caustique normale). C'est ainsi que M. Goadby a su le mieux cultiver le spirille bien connu, *spirillum sputugenum*. Voici la formule du milieu qui a paru le plus convenable pour le développement : on épuise 1 kilogramme de pommes de terre crues au moyen d'un litre d'eau (macération de deux heures). On ajoute au liquide obtenu à peu près 10 o/o de gé-

latine neutralisée, puis on verse 1 o/o de soude normale. Dans ce bouillon le microbe revêt une forme assez semblable à celle du spirille du choléra, selon Koch. Très mobile, il possède un appendice unique, produit la réaction rouge du choléra et liquéfie lentement la gélatine. Il produit la coagulation du lait ; il donne lieu du reste à une production considérable d'acide, du fait de son développement.

Un autre organisme, le *bacillus maximus buccalis* fut aussi isolé et étudié ; sa forme est à peu près identique à celle du leptothrix buccalis maxima, de Miller. Il se présente en bâtonnets solidement soudés l'un à l'autre (longueur 10, 20 μ ; largeur 1,15 μ). Il se colore par le gram, est mobile, possède deux appendices terminaux et deux latéraux, il produit des spores. Sur agar il donne naissance à des stries gris-brunâtre ondulées ; il liquéfie rapidement la gélatine.

Le sulfocyanure de potassium, à la dose de 0,5 o/o, n'exerce aucune action sur le développement des microbes de la bouche.

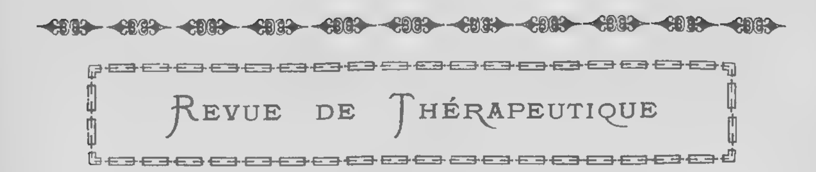
Cette observation offre de l'intérêt, car on sait qu'on a attribué à ce sel, qui existe normalement dans la salive, une action antiseptique.

(L'Union pharmaceutique.)

Altérabilité des ustensiles d'aluminium.

M. Ditte présente divers fragments d'aluminium provenant d'une voiture-citerne ayant fait partie du matériel de l'expédition de Madagascar. Ce métal, complètement hors de service, offre un aspect fort différent de l'aspect normal ; il semble composé de feuillets. A la vérité, ce n'est pas de l'aluminium pur, mais un alliage contenant de 3 à 6 o/o de cuivre. Le remède aux altérations serait la présence d'une couche légère dé matières grasses à la surface des vases ; mais pour obéir aux règles élémentaires de l'hygiène, il faudrait pouvoir enlever cette couche de matière grasse, chaque fois que les récipients devraient rester inutilisés pendant quelques heures. Or, on ne saurait dans ce but employer les acides qui sont sans action sur les matières grasses, ni les liquides alcalins qui attaquent fortement le métal. D'autre part des nettoyages mécaniques à l'eau chaude avec sable fin auraient l'inconvénient d'enfermer dans les anfractuosités les débris organiques chargés de microbes. En somme, d'aprés les travaux de M. Ditte, l'aluminium est très altérable en une foule de circonstances, et cette particularité est de nature à dissiper quelques illusions relativement au développement des applications de ce métal.

(*La Nature*, n° 1.349).



REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Pureté du chlorhydrate de cocaine.

D'après Gunther une solution de cocaïne ne doit pas donner de précipité ni de trouble cristallin après addition de quelques gouttes d'ammoniaque. Un précipité indique toujours la présence de produits dérivés de la cocaïne. Ces derniers se retrouvent en grande quantité dans les eaux-mères. Par cristallisations successives on peut arriver au degré de pureté parfait.

Parmi les dérivés de la cocaïne, on rencontre la méthyl-cocaïne, l'isatropyl-cocaïne, etc. dont le pouvoir est des plus violents. Nous recommandons vivement aux confrères qui se servent de la cocaïne de toujours la vérifier préalablement. Pour cela on dissout 0.10 centigr. de cocaïne dans 85 cent. cubes d'eau distillée et on ajoute 5 à 8 gouttes d'ammoniaque, on agite vivement; aucun précipité ne doit apparaître même après repos.

(Progrès médical belge.)

II. — L'anesthésie locale par la cocaine combinée avec la morphine.

(Clinique chirurgicale de l'Hôpital Santa Chiara à Pise, du professeur A. Ceci).

L'auteur montre d'abord les inconvénients de l'anesthésie générale; il fait valoir surtout les accidents tardifs et les accidents tenus ignorés et est d'avis qu'il faut toujours avoir recours à l'anesthésie locale quand celle-ci peut se faire *sine dolore*. Il en est arrivé ainsi à pratiquer l'an dernier 4.054 opérations dont 1.170 sans anesthésie, 1.568 chloroformisations et 1.290 avec anesthésie locale.

Le professeur Ceci fait d'abord une injection de morphine de 1, 2, quelquefois 3 centigrammes quelques minutes avant d'employer la cocaïne. Celle-ci se trouve en solution boriquée à 3 o/o dans la proportion de 1 gramme pour 200 centigrammes cub. Contrairement à Reclus, il injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané, afin, dit-il, de se rapprocher des branches nerveuses.

L'anesthésie dure 1/2 heure, quelquefois 40 à 50 minutes.

Comme on le voit, l'anesthésie par petites doses peut parfaitement donner toute satisfaction. S'il n'a pas pratiqué la méthode de Schleich, c'est que sa méthode à lui date depuis plus longtemps.

Le résultat de ses expériences est qu'il n'a jamais noté d'intoxication.

(Progrès médical belge.)

III. — Poudre dentifrice.

Menthol	0 100
Naphtol-Beta	0 050
Saccharine	0 025
Carbonate de chaux	50 000
Savon	0 500
Essence de roses	quant. suffis.

IV. — Poudre dentifrice a la violette pour usage permanent.

Naphtol-Beta	0 050
Saccharine	0 025
Savon	1 000
Carbonate de chaux	50 000
Ionone et essence de cananga (mélangés dans la proportion de 15 pour 1)	I ou II gouttes.

V. — Poudre dentifrice astringente

Myrrhe	1 00
Chlorure de sodium	1 00
Savon	0 50
Carbonate de chaux	50 00
Essence de roses	q. s.

VI. — Poudre dentifrice camphrée I.

Camphre	0 500
Savon	1 000
Saccharine,	0 025
Thymol	0 050
Carbonate de chaux	50 000
Essence de sassafras	I ou II gouttes.

VII. — Poudre dentifrice camphrée II.

Camphre	0 500
Savon	1 000
Saccharine	0 025
Carbonate de chaux	50 000
Essence de sassafras, de cassie ou de gaultheria	I ou II gouttes.

(Pharmac. Centralhalle).

VIII. — Sirop de dentition

Acide citrique	0 gr. 50
Eau distillée	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Sirop de sucre	10 gram.
Sirop de safran	10 »
Teinture de vanille	XII gout.

En frictions sur les gencives des jeunes enfants au moment de la dentition.

(L'union phamaceutique.)



CORRESPONDANCE

Paris, 15 juillet 1899.

Mon cher Directeur,

M. Jeay a publié dans *L'Odontologie* du 15 juillet 1899 une communication faite à la Société d'Odontologie et dans laquelle il attribue à M. Schrader-Liaudois la priorité de l'idée de mettre à la disposition des dentistes des ampoules stérilisées d'anesthésiques ou de préparations médicamenteuses.

Il y a là une petite erreur à relever, à laquelle je n'attache d'importance qu'au point de vue du rétablissement de l'exactitude des faits.

Bien avant que M. Schrader-Liaudois n'en fît, j'ai employé des solutions de cocaïne en ampoules stérilisées qui m'ont été faites sur ma demande par M. Vicario, pharmacien. Ainsi, lors de mes recherches sur le meilleur véhicule de la cocaïne, ai-je essayé successivement, la glycérine neutre, le rétinol, la vaseline (déjà employée dans les solutions Vigier) et l'huile d'olive. C'est sur cette dernière, en raison de l'absorption lente qu'elle procure au produit actif, que j'ai fixé mon choix.

C'est en 1892 que j'ai commencé mes essais avec les ampoules stérilisées de cocaïne. C'est dans le courant de 1893, que j'ai définitivement adopté l'huile d'olive comme véhicule de la cocaïne.

D'ailleurs, à la séance de la Société d'Odontologie du 5 mars 1895, au sujet d'une communication de M. Loup sur l'huile stérilisée, j'eus l'occasion d'intervenir et de montrer à la société les ampoules dont je me servais depuis longtemps déjà.

Les observations présentées par MM. Dubois, Godon et par moi (*L'Odontologie*, 1895, p. 216), dans lesquelles il est question partout des ampoules de cocaïne, prouvent surabondamment, je crois, que, si je ne suis pas le premier à avoir employé la cocaïne en ampoules stérilisées, je l'ai fait cinq ans au moins avant l'apparition des produits dont parle M. Jeay dans son article.

En vous demandant d'insérer cette lettre, je vous prie d'agréer, mon cher directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Bonnard,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.



NOUVELLES

Nominations dans le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil de direction en date du 25 juillet M. Choquet a été nommé, après concours, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie dentaires, et MM. Billet et de Marion ont été nommés, après concours également, professeurs suppléants de clinique de prothèse.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 77. — *Existe-t-il un produit cristallisé, soluble dans l'eau et s'appelant gaïacol anesthésique ? Si oui, bien vouloir dire où l'on peut se le procurer.*

C. H.

☞ *Réponse.* — Il n'existe pas de produit cristallisé soluble dans l'eau et s'appelant gaïacol anesthésique. Il existe du gaïacol chimiquement pur, préparé par synthèse, capable de produire l'anesthésie locale, mais ce produit n'est pas soluble dans l'eau.

M.

? N° 78. — *Quelle est la formule exacte du triborate d'ammoniaque et quelle quantité en faut-il ajouter au plâtre délayé afin d'augmenter sa dureté ?*

? N° 79. — *Quel est le ciment qui se rapproche le plus de l'ancien* Rostaing *quant aux avantages ?*

? N° 80. — *Quel est le vernis le plus adhérent pour recouvrir un ciment afin d'éviter que celui-ci ne soit trop tôt mouillé ?*

? N° 81. — *Quel est le mélange le plus parfait pour activer la guérison de la bouche et des alvéoles après des extractions multiples ?*

L. L.

BULLETIN

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 21 janvier 1899.

Présidence de M. MARTINIER, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Billet, Claser, Devoucoux, d'Argent, Lemerle, Papot, Richard-Chauvin, Richer, Rollin, Stévenin, Viau.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Devoucoux, secrétaire général, donne lecture d'une demande de bourse formée par l'élève C. en faveur de son frère et d'une demande de continuation de bourse pour sa 2e année formée par l'élève X.

Après diverses observations formulées par *MM. Martinier*, *Claser*, *Richer*, *Viau*, *Rollin*, *Stévenin* et *d'Argent*, M. C. est engagé à adresser sa demande au Conseil municipal, et l'Association générale l'appuiera ; la bourse X est continuée pour la 2e année.

M. Devoucoux communique la liste suivante des membres admis par la Société de l'École et du Dispensaire :

MM. Barbacci, Hugot, Siffre, Ott, Platschick, Wilbert, Staviski, Christo, Paul Roger, Dr Marie, Pont, Charpentier, Lemaire et Mlle Chamblard de Paris.

MM. Crapez (de Reims), Leduc (de Rouen), Morcel (de Verdun), May (de Rennes), Jacques (de Levallois-Perret), Lemarchand (de Granville), Blumenfeld (de Nogent-sur-Marne), Duvignau (de Château-Thierry) et Mme Monet (de Saint-Mandé).

M. le Dr Coraini (de Turin) et Mlle Frenkel (de Saint-Pétersbourg).

Sur la proposition de *M. Martinier*, ces admissions sont ratifiées en ce qui concerne l'Association.

M. Devoucoux fait connaître ensuite les noms de 3 membres démissionnaires de la Société de l'École : MM. Charlier, de Paris ; Dupuy, de Pau ; Codina, de Mahon.

Après des remarques de *MM. d'Argent* et *Claser*, ces démissions sont acceptées.

M. Devoucoux annonce également le décès d'un membre de l'Association : M. Rudesindo Trallero, de Barcelone.

M. Martinier donne lecture d'une demande d'admission de M. J. Bonnaric, de Lyon. M. J. Bonnaric est admis.

M. Martinier donne lecture d'une lettre signée de 5 dentistes lyonnais, membres de l'Association, tendant à la création d'une école dentaire libre à Lyon et demandant l'aide de l'Association pour cette création. Il appuie énergiquement ce projet et donne également lecture d'une lettre de M. Godon approuvant ce projet, signale l'importance de la proposition soumise au Conseil et l'intérêt qui s'attache à sa réalisation et demande à l'assemblée si elle est disposée à l'appuyer moralement.

M. Richard-Chauvin estime que cette tentative répond aux idées de l'Association, qu'elle doit être encouragée et souscrit pour 100 francs.

M. Stévenin dit qu'une école devant se créer de toute façon à Lyon, il vaut mieux que ce soit sous le patronage de l'Association ; il appuie donc l'idée de patronage et de subvention.

M. d'Argent pense qu'il y a intérêt à favoriser cette fondation, à laquelle l'Association et l'École sont en quelque sorte liées d'honneur.

M. Viau considère que c'est un succès pour l'École dentaire de Paris de voir adopter ses idées, ses statuts et ses programmes.

M. Lemerle croit que, lorsqu'il y aura plusieurs écoles sur le modèle de l'École dentaire de Paris, l'État sera embarrassé pour en créer une.

MM. Martinier, *d'Argent* et *Richard-Chauvin* présentent de nouvelles observations, puis le Conseil décide A L'UNANIMITÉ de prêter son appui moral au projet et de le présenter à l'assemblée générale.

M. Martinier demande ensuite au Conseil s'il entend donner un appui pécuniaire au projet et fait connaître que M. Godon propose de souscrire 1.000 francs en 5 annuités de 200 francs.

Diverses observations et propositions sont faites par *MM. Viau*, *Claser*, *Richer*, *Rollin*, *Martinier* et *Papot*.

Une proposition de *M. d'Argent* tendant à souscrire 1.000 francs, dont 500 francs comptant et 500 francs en 4 annuités de 125 francs chacune, est mise aux voix et adoptée A L'UNANIMITÉ pour être soumise à l'assemblée générale.

M. Devoucoux donne lecture du projet du rapport qu'il soumettra à cette assemblée. — Approuvé.

M. Papot, administrateur-gérant de *L'Odontologie*, donne lecture d'un rapport sur sa gestion en 1898.

Sur la proposition de *M. Martinier*, des félicitations sont votées à M. Papot pour le résultat de cette gestion. *M. Viau* y joint les félicitations du Comité de rédaction.

Le rapport de M. Papot est approuvé.

M. Rollin, trésorier, communique l'état des recettes et des dépenses qu'il soumettra, avec quelques explications, à l'assemblée générale.

A la suite d'observations de *MM. Martinier*, *d'Argent* et *Rollin*, ce projet de rapport est adopté.

M. Claser, président de la Caisse de prévoyance, rend compte de la gestion de la Caisse en 1898.

Diverses observations sont formulées par *MM. Richard-Chauvin*, *Martinier* et *Lemerle* et le compte de gestion est approuvé.

M. Devoucoux donne lecture des conclusions auxquelles s'est arrêté le Bureau après examen de la proposition de *M. Francis Jean* sur les expertises, tendant à ce que l'expert soit choisi par le client lui-même ; elles émettent le vœu que les membres du Comité syndical soient pris parmi les membres du corps enseignant de l'École, autant que faire se pourra.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part *MM. Claser*, *Stévenin*, *Richard-Chauvin*, *Martinier*, *Rollin*, *Lemerle* et *Richer*, le rapport de M. Devoucoux est adopté.

Ce dernier communique alors les conclusions du bureau sur la demande formulée par un dentiste que l'Association se charge de la publication d'un Annuaire de la profession.

Après une observation de *M. Papot*, ces conclusions, qui repoussent la proposition, sont adoptées.

M. Devoucoux fait connaître ensuite l'opinion du bureau sur la création de délégués provinciaux, et *M. Martinier* ajoute que le bureau propose de choisir comme délégués de l'Association en province des membres de celle-ci faisant partie d'un autre groupe provincial. Cette proposition est adoptée.

M. Devoucoux donne les noms des membres du Conseil sortants au nombre de 12.

La date du 28 janvier, proposée par le bureau pour l'assemblée générale, est approuvée.

L'ordre du jour sera le même que chaque année.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
DEVOUCOUX.

Assemblée générale du 28 *janvier* 1899.

Présidence de M. MARTINIER, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

28 membres sont présents.

M. Martinier. — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale a été publié dans le numéro du journal du 15 mars. Si personne n'a d'observation à y faire, je vais le mettre aux voix.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Martinier donne lecture d'une lettre de M. Douzillé relative à la création d'écoles dentaires régionales, à laquelle il est opposé, et de lettres d'excuses de MM. Perrigault et Devoucoux.

Il fait connaître que M. Godon est empêché d'assister à la réunion.

M. Rollin donne lecture du rapport suivant au nom de M. Devoucoux, secrétaire général.

RAPPORT DE M. DEVOUCOUX, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Messieurs et chers confrères,

Elevé l'année dernière par vos suffrages aux délicates fonctions de secrétaire général de l'Association, je tiens avant tout à vous dire combien, dans ma modestie, j'ai été touché de cette haute marque de sympathie et de confiance et à vous en témoigner ici ma profonde reconnaissance.

En ma qualité de secrétaire général, c'est à moi qu'incombe la tâche de vous présenter le rapport sur les événements les plus saillants qui se sont déroulés dans le cours de l'année 1898.

Ma tâche me semblerait bien lourde et je craindrais de ne pas me montrer à la hauteur de cette mission, si je ne pouvais compter à l'avance sur un accueil favorable et sur toute votre bienveillance.

L'événement le plus considérable de l'année qui vient de s'écouler et qui marquera d'un incomparable éclat dans les annales de notre Association a été l'inauguration du nouveau local de l'École dentaire.

Je ne vous en redirai pas ici l'historique, non plus que le retentissement qu'a produit cet événement. Vous en avez tous lu les détails circonstanciés dans *L'Odontologie*.

Je vous rappellerai seulement que le banquet de l'Association des dentistes de France a eu lieu le 25 juin dernier dans le local de l'Ecole dentaire sous la présidence de M. le docteur Chautemps, député, un des amis dévoués de l'École.

M. Godon, notre directeur a, dans un discours fréquemment applaudi, développé l'évolution de l'Ecole depuis 1880, et les résultats obtenus par cette institution d'enseignement et de philanthropie.

Au nom de l'Association, M. Martinier, notre président, a remercié l'École dentaire de sa gracieuse hospitalité, qui a permis de réunir dans une fête intime les membres de l'Association, les collaborateurs et les amis de l'Ecole. Dans son brillant discours il constate les changements profonds qui se sont opérés dans les conditions d'exercice de notre profession, l'élévation du niveau moral des chirurgiens-dentistes, résultant de la loi de 1892 ; la création dans plusieurs régions de la France d'associations professionnelles pour la défense d'intérêts généraux.

Combattant avec énergie le projet d'enseignement de l'art dentaire par les facultés, enseignement qui serait placé tout entier sous le contrôle de l'État, il est d'avis de favoriser dans certains centres importants la fondation d'écoles dentaires libres ayant un programme technique et pratique analogue à celui qui est appliqué à l'École dentaire de Paris et dont on a pu apprécier les excellents résultats.

A la dernière heure nous apprenons que cette idée a été accueillie favorablement par nos confrères de Lyon, puisqu'ils ont bien voulu réclamer notre concours pour créer une école dentaire libre sur les mêmes bases que notre établissement.

Nous avons eu à enregistrer le succès de la Réunion-Congrès de l'Association générale des dentistes du sud-est de la France. L'Association et l'École ont voulu participer à cette manifestation professionnelle en y déléguant MM. Lemerle, Papot et Richard-Chauvin.

Le 4e Congrès dentaire national a eu lieu à Lyon le 15 août 1898. A ce Congrès a été discutée l'importante question de savoir si l'enseignement de l'art dentaire devait être officiel ou libre. Après différentes discussions, l'enseignement libre a reçu l'approbation de la majorité de l'assemblée.

Notre journal *L'Odontologie*, devenu bi-mensuel, est dans une situation des plus prospères : les nombreuses illustrations, les planches hors texte, les différentes améliorations matérielles apportées et par-dessus tout l'intérêt qu'ont présenté les travaux originaux, ainsi que les comptes-rendus des séances de la Société d'Odontologie, lui permettent de prendre une place importante parmi les publications scientifiques et professionnelles. Son succès est affirmé par l'augmentation continue de ses abonnés, non seulement en France, mais sur

tous les points de l'étranger, par les demandes d'échange qui lui parviennent de toutes parts, et aussi par les nombreuses traductions de ses articles que nous retrouvons dans les journaux étrangers. On a notamment remarqué ses numéros exceptionnels publiés à l'occasion des Congrès de Marseille et de Lyon, dont les comptes rendus paraissaient quelques jours à peine après leur clôture.

Je suis persuadé d'être votre interprète à tous en adressant de sincères félicitations et de vifs remerciements au Comité de rédaction, à notre sympathique rédacteur en chef, M. Viau, et à notre dévoué administrateur-gérant, M. Papot. Ils ont d'ailleurs la satisfaction de constater que *L'Odontologie*, remplissant sa mission, a répandu par le monde le bon renom de l'École dentaire de Paris et de l'art dentaire français.

Dans l'année 1898 nous avons eu à déplorer la mort de M. Trallero (Rudesindo) de Barcelone. — Nous avons prononcé les admissions de MM. Barbacci, Hugot, Siffre, Ott, Platschick, Wilbert, Staviski, Christo, Paul Roger, Dr Marie, Pont, Charpentier, Lemaire et Mlle Chamblard, de Paris ; de MM. Crapez (de Reims), Leduc (de Rouen), Morcel (de Verdun), May (de Rennes), Jacques (de Levallois-Perret), Lemarchand (de Granville), Blumenfeld (de Nogent-sur-Marne), Duvignau (de Château-Thierry), et Mme Monet (de Saint-Mandé).

Membres démissionnaires :

MM. Charlier, de Paris ; Dupuy, de Pau ; Codina, de Mahon.

Syndicat professionnel.

Le syndicat professionnel a été appelé trois fois à expertiser les travaux de confrères en contestation avec leurs clients.

Deux fois il a concilié les parties.

Un rapport a été déposé à la justice de paix pour la 3e affaire.

Le montant des expertises a été versé à la Caisse de prévoyance.

Des secours ont été accordés à plusieurs personnes pour la somme de 50 francs.

Caisse de Prévoyance.

Je vous parlerai maintenant de la Caisse de prévoyance et d'assurance en cas de décès, qui a pour but d'attribuer en cas de décès du sociétaire une somme de 800 francs à ses héritiers directs, avec une faible cotisation de 20 francs par an.

Je vous réitère les encouragements qui vous ont été déjà précédemment donnés à souscrire à cette caisse de prévoyance et vous engage à relire attentivement les statuts que vous trouverez dans la brochure de l'Association.

En résumé, notre Association suit une marche régulière et pro-

gressive et grâce à nos efforts communs et à l'apaisement qui règne aujourd'hui entre dentistes et chirurgiens-dentistes elle deviendra de jour en jour plus prospère.

Ce rapport est approuvé.

M. Rollin donne ensuite lecture de son rapport de trésorier.

Crédit.		Débit.	
En caisse au 1er janv. 1898.	5.674 63	Frais de bureau, correspondance, imprimés divers, etc.	380 65
Cotisations encaissées	4.160	Annuaire de l'Association 1897-98	192 50
Intérêts des obligations	341 33	Rachat des publications odontologiques	901 60
Boni de 3 o/o sur les assurances contractées par les membres de l'Association	106 90	Attribution au journal *L'Odontologie* pour le service fait aux membres de l'Association	1.882 50
Boni versé par le journal *L'Odontologie*	177 55	Bourse de l'Association	400
Expertises	125 20	Allocation à la délégation du Congrès dentaire de Marseille	125
Profits et pertes	12 50	Frais d'encaissement	158
		Attribution à la caisse de prévoyance 35 o/o sur les cotisations encaissées	1.456
		Solde en caisse au 1er janvier 1899	5.101 86
	10.598 11		10.598 11

Caisse de Prévoyance.

En caisse au 1er janv. 1898	12.104 15	Secours	67
Attribution de 35 o/o sur les cotisations encaissées par l'Association	1.456	En caisse au 1er janv. 1899.	13.493 15
	13.560 15		13.560 15

En caisse au 1er janvier 1899.

En caisse de l'Association	5.101 86	Ensemble. 18.595 01
— de la Caisse de Prévoyance.	13.493 15	

Ce rapport est également approuvé.

M. Martinier communique une lettre de 5 dentistes lyonnais, membres de l'Association, demandant l'appui de celle-ci pour la fondation à Lyon d'une École dentaire sur les bases de l'École dentaire de Paris. Il ajoute :

« Il n'y a pas besoin d'insister longuement sur cette question de l'enseignement de l'art dentaire, qui a déjà été discutée à Lyon.

» Après le discours du Dr Martin nous avons été péniblement impressionnés par les idées d'enseignement officiel qui prévalaient dans certaines sociétés professionnelles et il a fallu toute l'éloquence de notre directeur, M. Godon, pour faire triompher nos idées personnelles en cette matière. Nous n'avons pas à examiner à présent s'il faut des

écoles dentaires en province, puisque les sociétés de province se prononcent pour la création de centres d'enseignement ; nous avons uniquement à examiner si ce doivent être des écoles libres ou des écoles officielles.

» Je vais à ce propos vous donner lecture d'une lettre que m'a adressée M. Godon et qui mérite une discussion. S'il y a des partisans de l'enseignement officiel parmi nous, qui sommes partisans de l'enseignement libre, il est bon qu'ils fassent connaître leur opinion. »

M. Martinier communique la lettre de M. Godon et ajoute :

« M. Godon fait suivre cette lettre d'une première liste de souscriptions dont le total est de 3.000 francs. Votre Conseil d'administration y figure pour 1.000 francs, dont la moitié comptant et la moitié en 4 annuités de 125 francs chacune ; comme votre caisse n'est pas riche, c'est un sacrifice de sa part. Je vous propose de ratifier le vote de votre Conseil. »

M. Rollin expose les raisons qui, suivant lui, s'opposent à ce que l'Association encourage la fondation d'écoles dentaires en province : concurrence faite à l'École dentaire de Paris, diminution de ses recettes par la diminution du nombre des élèves et modicité des ressources de l'Association

M. de Marion. — L'Association s'étend à tout le territoire français, et si nous sommes ici dans les locaux de l'Ecole, nous n'en sommes pas moins membres de l'Association, et les provinciaux ont autant de droits que nous à bénéficier de notre action. Si nous ne contribuons pas à créer des écoles dentaires partout où le groupement professionnel est nombreux, nous courons le risque de voir l'Etat en créer.

M. Rollin dit que les régions limitrophes des nouvelles écoles ne nous enverront plus d'élèves ; il est trop pessimiste, car il faut que notre enseignement soit tel que les étudiants de la province et même de l'étranger viennent le rechercher. Sous le rapport pécuniaire nous devons pouvoir faire quelques sacrifices ; les membres de province qui nous versent des cotisations depuis des années doivent profiter de ces versements, car ce qui a contribué à la prospérité de l'Association, ce sont les dons de tous.

M. Viau. — M. Rollin parle-t-il en son nom personnel ou comme trésorier ?

M. Rollin. — En mon nom personnel. Cette création nous fera perdre les Lyonnais que nous avons ici.

M. Viau. — La lettre de M. Godon rappelle le grand enthousiasme avec lequel la proposition a été accueillie au Conseil de direction ; le vote a eu lieu à l'unanimité ; il est bon que l'assemblée le sache.

La question qui se pose est bien simple : il est décidé de fonder une école à Lyon ; sera-ce avec l'enseignement de l'Etat ou bien une école à dividendes ou une école comme la nôtre ? Au point où nous en sommes, il n'y a plus à discuter si nous pouvons empêcher la création des écoles ; ce qui importe, c'est de savoir comment elles seront créées.

M. Roy. — Plus qu'aucun autre, je me réjouis de la fondation d'une école à Lyon ; mais je suis frappé de ce qu'a dit M. Rollin : vous créez

un précédent, et en accordant une subvention à Lyon aujourd'hui, vous ne pourrez pas en refuser une à Lille demain. Dès lors je me demande s'il est bien raisonnable d'accorder à Lyon le cinquième de l'encaisse de la Société. Les préoccupations de M. Rollin sont très compréhensibles ; mais il faut voir surtout ce qu'il y a dans l'idée qui vous est soumise. Quand Paul Dubois est allé porter la bonne parole en province, il s'est créé une école à Bordeaux ; vous savez comment. Il ne faut pas que l'expérience se reproduise. Comme il n'est plus en notre pouvoir d'empêcher la création d'une école dentaire à Lyon et comme une manifestation heureuse, — celle de nos collègues — se produit dans cette ville, il nous faut l'encourager. Si nos ressources étaient plus élevées, je ne reprocherais qu'une chose, c'est que notre subvention fût trop faible. Certes, si la chose devait se répéter souvent, ce serait désastreux pour nos finances, mais je crois que c'est douteux. Je partage les inquiétudes de notre trésorier ; mais si une école libre en province nous enlève vingt élèves, une école d'Etat nous en enlèverait bien davantage.

M. Claser. — Au dernier Conseil nous avons discuté la question à fond et décidé de donner notre appui moral et notre appui financier, de sorte que je m'étonne de l'opposition de notre trésorier aujourd'hui. Quand nous avons fondé notre école, quand nous étions malheureux, on nous a tendu une main secourable ; à nous d'en faire autant aujourd'hui ; donnons sans discussion.

M. Levadour. — Notre trésorier nous signale une difficulté ; mais, pour empêcher le retour d'une demande semblable, nous pourrions spécifier que nous donnons aujourd'hui pour l'unique fois ou bien exiger, en donnant, que les fondations eussent lieu sur nos bases.

M. de Marion. — Tout à l'heure je ne connaissais pas encore notre situation financière ; mais je vois maintenant que nous n'avons plus à payer le rachat des publications odontologiques que pendant deux ans. Or, que ferons-nous de notre avoir, si nous ne nous en servons pas pour donner de l'essor à nos idées ? Il faut patronner ces écoles afin que l'Etat n'ait pas besoin d'en créer, et notre situation financière nous permet de donner.

M. d'Argent. — Après tous les arguments qui vous ont été présentés il est difficile de trouver quelque chose qui n'ait pas été dit ; cependant on peut considérer qu'il y a deux choses dans la question : l'appui moral et l'appui financier à donner aux écoles qui se fonderont et en particulier à celle de Lyon. Or, sur la question de principe nous sommes engagés d'honneur. Quand M. Martin exposa ses idées sur l'enseignement dentaire au commencement de l'année dernière, il trouva une opposition énergique dans le discours prononcé par M. Martinier à notre banquet du mois de juin. Quand le congrès dentaire du mois d'août s'ouvrit à Lyon, le professeur de la Faculté qui présidait nous annonça nettement la création d'une école d'Etat à Lyon. Eh bien, grâce à l'intervention vigoureuse de M. Godon, nous sommes parvenus à empêcher la réalisation de ce désir et de cette promesse et quand on a voté sur la proposition de M. Martin, celle-ci a obtenu 5 voix sur 80, c'est-à-dire que nous avions gagné un terrain

considérable dans le monde médical. Nous devons donc pousser plus loin l'œuvre commencée à Paris et continuée à Lyon; je propose en conséquence à l'assemblée de décider qu'il y a lieu d'appuyer la fondation d'une école dentaire libre à Lyon. J'ajoute que par la diffusion des universités on ne perd pas un élève et que nous n'aurons jamais à craindre une concurrence réelle de la province.

M. Stévenin. — L'Association générale, en soutenant l'École dentaire de Paris, n'a pas eu un but de lucre. Si l'école qu'on va fonder à Lyon défend nos idées, cela servira notre cause, et s'il s'en crée d'autres sur les mêmes bases, il en sera de même.

M. Papot. — Les signataires de la lettre de Lyon font tous partie de l'Association et s'adressent tout naturellement à elle.

M. Martinier. — Je ne puis qu'appuyer les arguments invoqués par MM. Claser et de Marion. Il est de notre devoir d'aider nos confrères, qui nous ont aidés eux-mêmes ; c'est de la solidarité professionnelle. La coexistence d'un enseignement analogue au nôtre ne peut être qu'un stimulant pour nos professeurs et un encouragement à mieux faire.

M. Roy demande qu'il soit passé au vote.

M. Martinier. — Je mets aux voix la question suivante : l'Association donnera-t-elle son appui moral à la fondation d'une école dentaire à Lyon ?

L'assemblée se prononce pour l'affirmative à l'unanimité moins 2 voix.

M. d'Argent. — L'état de dépenses qui nous est soumis témoigne que celles-ci dépassent les recettes de 500 francs ; mais cela n'a rien qui doive nous effrayer ; en effet, il y a d'abord une bourse qu'on pourrait supprimer, soit 400 francs ; de plus il y a un rachat de 901 fr. 60 qui disparaîtra dans 2 ans ; nous aurons ainsi un excédent de recettes de 500 francs. Le chiffre que nous proposons est le 1/5 de notre encaisse ; il est évident que, si le fait se reproduisait fréquemment, ce serait désastreux. Mais si d'autres écoles se fondaient, ce ne serait pas avec les mêmes dépenses qu'à Lyon ; si nous accordons 1.000 francs à cette ville, la seconde de France, nous pourrions descendre à 200 francs pour Lille, par exemple. Il y a dans tous les cas nécessité absolue d'aller vite cette fois, puis cela ne nous lie pas pour l'avenir ; je crois donc pouvoir appuyer la proposition qui vous est soumise.

M. Roy. — J'ai demandé des explications uniquement parce que la subvention m'a paru élevée en raison de l'encaisse ; mais avec ce qui vient d'être dit je n'ai pas d'objection à formuler.

M. Martinier. — Je mets aux voix la question suivante : L'Association accordera-t-elle à l'école qui va se fonder à Lyon, une subvention de 1.000 francs, payable moitié comptant, moitié par 4 annuités de 125 francs chacune ?

L'assemblée se prononce pour l'affirmative à l'unanimité moins 2 voix.

M. Martinier. — M. Godon propose d'annoncer ce double vote par télégramme au Dr Guillot de Lyon ; l'assemblée m'y autorise-t-elle ?

L'assemblée, consultée, donne une réponse affirmative.

M. Martinier. — Nous avons à procéder à l'élection de 11 membres

pour le renouvellement partiel des membres du Conseil d'administration. Les membres sortants (Paris) sont MM. Claser, de Marion, Martinier, Papot, Paulme et Viau ; les membres sortants (Province) sont : Nord-Est, M. Audy — Nord-Ouest, M. Coignard — Sud-Ouest, M. Douzillé — Sud-Est, MM. Martin et Schwartz.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants....	25
Majorité absolue........	13

Ont obtenu (*Paris*).

MM.	Martinier........	23 voix	MM.	Schwartz........	20 voix
	Paulme..........	22		Wilbert.........	8
	Papot...........	22		Bonnard.........	4
	Viau............	21		Levadour........	1
	de Marion.......	21		Stévenin.........	1
	Claser...........	18		Guillot...........	1
	(*Province*).			Duvignau........	1
	Audy............	23		Dugit...........	1
	Douzillé.........	22		Bouvet..........	1
	Coignard........	20		Legros..........	1
	Martin..........	20		1 bulletin blanc.	

M. Martinier. — En conséquence de ces votes, MM. Martinier, Paulme, Papot, Viau, de Marion, Claser, Audy, Douzillé, Coignard Martin et Schwartz, sont élus membres du Conseil de direction pour 2 ans.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
DEVOUCOUX.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 28 *janvier* 1899.

Présidence de M. COIGNARD, doyen d'âge, puis de M. d'ARGENT, président.

La séance est ouverte à 11 heures.

Sont présents : MM. Audy, Lemerle, Martinier, de Marion, Papot, Richard-Chauvin, Richer, Stévenin, Viau.

M. Coignard invite l'assemblée à constituer son bureau.

Le scrutin est ouvert pour l'élection d'un président.

M. Martinier déclare ne pas être candidat en raison des nouvelles fonctions dont il est chargé.

Obtiennent : MM. d'Argent......... 9 voix, élu.
Papot........... 1 —
Richard-Chauvin. 1 —

M. d'Argent remplace M. Coignard à la présidence, remercie de son élection, rappelle le rôle que doit jouer l'Association et promet de faire tous ses efforts pour la maintenir dans la voie qu'elle s'est tracée.

Le scrutin est ouvert pour l'élection de deux vice-présidents.

M. Richer décline toute candidature et propose M. Coignard comme vice-président de province à cause du Congrès de Nantes.

Obtiennent : MM. Coignard......... 10 voix } élus.
Richard-Chauvin.. 8 — }

Le scrutin est ouvert pour l'élection d'un secrétaire général, d'un secrétaire-adjoint et d'un trésorier.

Obtiennent : pour le secrétariat général, MM. de Marion. 6 voix, élu.
pour le secrétariat général, Devoucoux. 5 —
pour le secrétariat adjoint, M. Prével..... 11 — } élus.
pour la trésorerie, M. Rollin............ 11 — }

Il est procédé à la nomination des membres du Comité syndical.

M. Martinier rappelle que le Conseil de direction a émis le vœu que les membres de ce comité soient pris autant que faire se pourra parmi les membres du corps enseignant.

MM. Lemerle et *Stévenin* présentent des observations.

Obtiennent :

MM. Stévenin	12 voix	MM. Martinier	5 voix
Papot	12 —	Richard-Chauvin	3 —
Devoucoux	11 —	Viau	3 —
de Marion	10 —	Paulme	1 —
Billet	7 —		

MM. Stévenin, Papot, Devoucoux, de Marion et Billet sont élus.

Il est procédé à la nomination des membres de la Caisse de prévoyance.

Obtiennent : MM. Billet, Devoucoux, Papot... 9 voix chacun } élus.
Rollin, Stévenin............ 8 — — }
Paulme, de Marion......... 1 — —

La séance est levée à 11 heures et demie.

Le secrétaire général,
DEVOUCOUX.

RÉUNION PLÉNIÈRE DES CONSEILS DE DIRECTION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE ET DE L'ÉCOLE, DU BUREAU DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE ET DU COMITÉ DE RÉDACTION.

28 *janvier* 1899.

Présidence de M. d'ARGENT, président de l'Association.

La séance est ouverte à 11 h. 1/2.

Sont présents : MM. Audy, Coignard, Lemerle, Martinier, Meng, de Marion, Papot, Richard-Chauvin, Richer, Roy, Stévenin, Viau.

M. Papot fait connaître le nombre de voix dont dispose chacun des membres.

Il annonce que le Comité de rédaction propose pour le poste de directeur du journal MM. Godon, Lemerle et Viau.

Il est procédé au scrutin.

M. Godon est élu directeur à l'unanimité des 23 votants.

M. Papot fait connaître que le Comité de rédaction propose MM. Viau, Martinier et Roy pour le poste de rédacteur en chef.

MM. Martinier et *Roy* déclarent décliner toute candidature.

Il est procédé au scrutin.

MM. Viau, obtient.... 19 voix (élu).
Martinier....... 4 —

M. Papot fait connaître que le Comité de rédaction propose MM. Maire, Weber et Loup pour le secrétariat de la rédaction.

MM. Maire obtient... 19 voix (élu).
Bonnard....... 2 —
Loup.......... 1 —

M. Papot fait connaître que le Comité de rédaction propose pour le poste d'administrateur-gérant MM. Papot, Prével et d'Argent. Ces deux derniers se

désistant, le vote par acclamation est demandé. M. Papot est proclamé à l'unanimité.

M. Papot fait connaître les noms des membres sortants du Comité de rédaction et ajoute que celui-ci propose, pour les remplacer, MM. d'Argent, Heïdé, Lemerle, Martinier, Richard-Chauvin et Sauvez.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. d'Argent........	21 voix	élus.
Lemerle..........	21 —	élus.
Martinier.........	21 —	élus.
Sauvez............	21 —	élus.
Heïdé...........	19 —	élus.
Richard-Chauvin..	16 —	élus.
Roy..............	6 —	
Bonnard..........	3 —	

M. Blocman est inscrit au nombre des principaux collaborateurs.

Sur la proposition de *M. Martinier*, il en est de même de M. Bonnard.

La séance est levée à minuit 1/4.

Le secrétaire général, Devoucoux.

19e ANNÉE. No 16 30 AOUT 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

CHARLES GODON,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Par décret du 10 août 1899, rendu sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, M. Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris et du journal L'Odontologie, *a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.*

Cette nomination ne peut être accueillie qu'avec une joie unanime. Il ne saurait en être autrement, car c'est là une récompense justement méritée par celui que nous considérons comme notre vaillant chef de groupe.

Mais ce n'est pas seulement notre ami Godon qui est récompensé de ses longs et énergiques efforts, c'est aussi sa chère Ecole, sur laquelle rejaillit l'honneur qui est fait aujourd'hui à son directeur. Et ce n'est certes pas la moindre satisfaction qu'il éprouvera de cette nomination.

Nous devons rappeler, en effet, qu'en 1897 le Conseil de Direction de l'Ecole et celui de l'Association générale avaient décidé spontanément de le désigner aux pouvoirs publics comme le plus méritant et le plus digne de recevoir cette haute distinction. Une pétition avait été adressée dans ce but au Président du Conseil, Ministre de l'intérieur, pétition qui avait été appuyée par tous les présidents d'honneur et amis de l'Ecole : MM. Brisson, député, ancien président de la Chambre des députés; Mesureur, député, ancien Ministre du

Commerce; Chautemps, député, ancien Ministre des Colonies; le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Strauss, sénateur; G. Berger, député; le professeur Pinard; les Dr. Hirtz et Simon, médecins des hôpitaux, etc.

Le Gouvernement a donc teuu compte de la justesse de notre demande en accordant à notre Président-Directeur la croix que nous sollicitions pour lui.

Est-il nécessaire d'insister sur les bénéfices moraux de cette décoration? Certainement non, pas plus que nous n'avons besoin de rappeler tous les titres de notre ami. Personne n'ignore que, depuis plus de vingt ans, Ch. Godon a apporté chaque jour à l'œuvre dont il est le fondateur un zèle et un dévouement qui ne peuvent se comparer qu'à son énergie et à son intelligence.

Il est réconfortant d'avoir près de soi des hommes d'un caractère aussi élevé que celui de Ch. Godon, des hommes aux idées larges et généreuses, qui placent dans la vie les intérêts généraux et professionnels bien au-dessus de l'intérêt personnel.

Qui de nous pourrait oublier l'ovation qui lui fut faite l'année dernière au Congrès de Lyon, lorsque, devant la plupart des membres de notre profession réunis dans le Grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, il défendit et plaida avec une chaleur et une vigueur peu communes la cause de la liberté *de notre enseignement professionnel, alors que cette liberté venait de subir un violent assaut? Tous ses amis présents à cette mémorable séance éprouvèrent une profonde émotion et sentirent bien vivement que la profession tout entière peut s'honorer de compter dans ses rangs un confrère d'une telle valeur.*

Au nom du comité de rédaction de L'Odontologie, *au nom de ses amis, nous sommes profondément heureux d'adresser à Ch. Godon de sincères et affectueuses félicitations.*

G. VIAU.

P. S. — Nous reproduisons ci-dessous les appréciations de nos excellents confrères « Le Monde Dentaire » *et* « La Revue odontologique ».

*
* *

Nous avons la vive satisfaction d'annoncer à ceux de nos lecteurs qui pourraient l'ignorer que le Gouvernement a décerné à M. Ch. Godon la croix de la légion d'honneur.

Cette physionomie est trop connue du monde professionnel pour que nous rappelions ici les droits du nouveau chevalier à la haute distinction qui vient de lui être conférée. Disons seulement qu'elle a été gagnée par 20 années d'un dévouement ininterrompu au bien de la profession, par une existence toute d'honneur et de loyauté, par des travaux considérables et une situation conquise échelon par échelon.

On peut ne pas partager toujours et dans tout la manière de voir et les opinions de M. Godon, mais on ne peut lui dénier les qualités maîtresses qui font de lui le plus ardent, le plus infatigable et le plus affable des ouvriers qui ont construit de toutes pièces cette magnifique Ecole dentaire de Paris d'où sont sortis les praticiens éminents qui ont placé la dentisterie française sur le pied d'égalité avec ses concurrentes étrangères.

Le nom de Ch. Godon est inséparable de celui de Lecaudey. Les travaux communs de ces deux hommes qui se sont constamment complétés pendant tant d'années, les ont placés sur le pied d'égalité au point de vue de la reconnaissance que les Dentistes français doivent à ces deux champions de la rénovation de l'art dentaire en France.

Voilà une croix qui fait autant d'honneur au ministre qui l'a donnée qu'au citoyen qui l'a reçue. *(Le Monde Dentaire).*

Distinction honorifique.

LÉGION D'HONNEUR

Sur la liste des croix de chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur accordées par M. le Ministre de l'Intérieur à l'occasion du 14 juillet, nous avons eu le plaisir de relever le nom de notre collègue M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Bien souvent, le long de notre carrière, et sur bien des points, nous n'avons pas toujours été en conformité d'idées ou d'opinions avec M. Godon. Aussi, nous nous trouvons très à l'aise pour déclarer qu'à l'heure actuelle nul autre ne méritait plus la haute distinction qu'il vient de recevoir, en raison du zèle et du dévouement déployés par lui depuis de longues années pour le relèvement de notre profession.

Nous envoyons donc nos bien vives félicitations au nouveau chevalier de la Légion d'honneur. — E. D. *(Revue odontologique.)*



Travaux Originaux

« L'IPSILÈNE IODOFORMÉ » ET « L'IPSILÈNE OSSEUX » EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. J. d'Argent,

Professeur suppléant de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 4 juillet 1899).

« L'ipsilène iodoformé » est un composé servant à l'antisepsie des lésions infectées, que ce soient des plaies opératoires ou d'anciens trajets ou foyers.

Je n'ai pas l'intention de faire, à cette séance, une communication très étendue sur la médication qui emprunte ses vertus à l'ipsilène iodoformé et à l'ipsilène osseux. Aussi bien faut-il en laisser le soin et le mérite à ses véritables initiateurs et ne point empiéter sur leurs études et leurs travaux.

Je me bornerai, pour l'instant, à faire connaître les éléments de cette médication, dont je poursuis l'expérimentation dans la cavité buccale, comme d'autres praticiens le font sur les autres régions du corps humain, et, j'ajouterai, même sur les animaux, car rarement une thérapeutique fut d'application aussi généralisée. Aussi la médecine vétérinaire s'est-elle emparée, à son tour, des nouveaux procédés d'antisepsie, qui assurent à la guérison une rapidité très appréciable, qu'il s'agisse de la conservation d'êtres auxquels on s'est attaché, ou dont la valeur vénale fait hésiter entre le traitement curatif et l'abattage.

*
* *

« L'ipsilène osseux » est un autre composé contenant une

substance osseuse, similaire à celle des os normaux et qui, projetée dans une cavité osseuse d'origine pathologique préalablement aseptisée par l'ipsilène iodoformé, a la propriété de favoriser et de hâter le comblement de cette cavité. — Je vois que vous saisissez tout de suite l'importance de cette médication pour la restauration physiologique des pertes de substance des maxillaires.

Le phénomène de cette réparation osseuse est l'objet d'études sérieuses faites par des physiologistes compétents et donnera lieu à des publications dont l'importance et l'intérêt sont à prévoir.

*
* *

L'ipsilène iodoformé et *l'ipsilène osseux* s'appliquent en pulvérisation, à l'aide d'un appareil composé de deux parties principales :

1° *l'ipsileuse,* qui est une boîte cylindrique entourée d'un compartiment étanche servant de bain-marie ; elle contient du chlorure d'éthyle pur mélangé à un ou plusieurs antiseptiques. Elevé à une température supérieure à son point d'ébullition (10°), le chlorure d'éthyle acquiert une grande tension, grâce à laquelle il sort en pulvérisation, si on lui donne issue par un passage étroit ;

2° *l'ipsileur,* qui est une application du tube d'émission que j'ai imaginé pour le coryleur et présenté à différents congrès [1].

Ces appareils permettent la pulvérisation de tous antiseptiques, soit solides, comme l'iodoforme, le salol, soit liquides ou dilués comme l'acide phénique, la créosote, etc.

L'ipsilène iodoformé contient 5 à 10 o/o d'eucalyptol. Cet adjuvant antiseptique corrige l'odeur de l'iodoforme et augmente ses propriétés en favorisant son extrême division.

---

1. Congrès dentaire national tenu à Bordeaux en 1895.
Id. id. id. Paris en 1897.

* * *

L'idée primordiale de toute cette médication appartient à M. Guilmeth, dont l'esprit inventif s'est de nouveau donné carrière en cette circonstance. Rappelons qu'on lui doit également, entre-autres découvertes, celles du coryl et du coryleur, vulgarisés par la maison Joubert et Cie et dont l'usage est universel.

Les appareils dénommés « *ipsileuse* » et « *ipsileur* » vous sont connus, au moins dans leur forme et leurs parties principales : je les ai présentés au congrès dentaire national de Paris (1897), où j'ai indiqué et démontré l'accroissement de l'action anesthésique du chlorure d'éthyle élevé à une température de 45° centigrades. — C'est cette propulsion due à la chaleur ambiante qui est utilisée dans la nouvelle médication.

L'ipsileur et l'ipsileuse, transformés pour cet usage, ont été présentés à la Société de médecine et de chirurgie par M. J. Triollet [1] avec une courte relation de leur emploi.

C'est M. le Dr Coudray [2] qui a eu le mérite d'employer le premier la nouvelle méthode, indiquée par M. Guilmeth, qui n'est ni médecin ni physiologiste, et de sortir des sentiers où l'on s'était tenu, notamment en ce qui concerne le traitement des plaies profondes et des trajets compliqués et anfractueux, que l'on était tenté d'opérer, quoique l'insucès fût fréquent.

C'est avec une grande conviction, fortifiée du reste par des succès d'emblée, que M. le Dr Coudray a développé devant la Société de médecine de Paris (séance du 11 février 1899) le mode d'emploi de la nouvelle méthode suivant la nature des plaies, et créé une thérapeutique dont les résultats sont des plus brillants et des plus concluants.

M. le Dr Menière [3], médecin-adjoint des sourds-muets du

1. J. Triollet, *Journal de médecine de Paris*, 19 mars 1899.
2. Coudray, *La France Médicale et Paris Médical*, 17 février 1899.
3. Menière, *Gazette des Hôpitaux*, 18 avril 1899.

Dispensaire Furtado-Heine, a publié une observation d'un cas d'otite suppurée, avec un point carié à la face antéro-inférieure de la pointe mastoïdienne, ayant récidivé malgré un curetage soigneux et guéri ensuite radicalement après trois pulvérisations d'ipsilène iodoformé.

*
* *

Parallèlement à ces recherches et à ces travaux, j'ai demandé au nouveau procédé le traitement des lésions infectées de la cavité buccale, dont le chirurgien-dentiste ne peut se désintéresser. Tels sont : les fistules gingivales ou autres d'origine dentaire, les abcès du sinus ou autres, les suintements purulents des gencives de quelque cause qu'ils relèvent, l'infection post-opératoire, etc.

Je n'ai pu jusqu'ici traiter que quelques cas parmi ces lésions compliquées, car les exemples en sont assez rares, et je serais très reconnaissant à mes confrères s'ils voulaient bien m'adresser les malades ayant des trajets résistant aux traitements ordinairement institués. Les résultats que j'ai obtenus ne sont pas encore assez nombreux pour établir des règles définitives, mais ils sont réellement merveilleux, notamment en ce qui concerne le tarissement de toute suppuration.

Dans une communication portant sur une série de cas aussi complète qu'il sera possible, je fournirai des détails précis sur tous les points qui me paraîtront intéressants pour la vulgarisation du procédé, et notamment sur l'outillage plus spécial qui convient aux interventions dans la cavité buccale.

*
* *

Le mécanisme général de l'emploi de l'ipsilène iodoformé est réglé comme suit : supposons un sinus infecté ; nous le mettons en communication avec la cavité buccale par un pertuis pratiqué dans la gencive au point normal et nous

introduisons dans la cavité du maxillaire un tube d'émission approprié. Si nous ouvrons ensuite l'ipsileuse, la propulsion et le bouillonnement de l'ipsilène iodoformé balayeront tout d'abord les exsudats non organisés, les parcelles ou membranes nécrotiques qui séjournent dans le foyer, les agglutineront ou les dissoudront et les rejetteront au dehors. Ce balayage s'effectue au moment où l'on retire la canule; mais on replace celle-ci bien avant dans le sinus et l'on projette de nouveau, mais plus modérément, l'agent antiseptique dans le foyer osseux, où il se fixera fortement. On retire la canule sans arrêter l'émission de l'ipsilène, et les parois du conduit se trouvent également imprégnées. On place ensuite l'appareil de drainage, et on l'imprègne à son tour.

*
* *

Les effets se produisent de la manière suivante : « Par le
» fait de l'irritation produite à la fois par l'agent chimique
» et réfrigérant, on note : 1° un aspect plus franchement
» rouge ; 2° une hypergranulation et, en même temps, une
» hypersécrétion surtout séreuse, mais après deux ou trois
» pansements cette hypersécrétion se tarit. » (Dr Coudray).

La pulvérisation obtenue grâce à l'ipsileuse augmente le pouvoir antiseptique de l'iodoforme par l'état d'extrême ténuité sous lequel cet agent est projeté, et il n'y a aucune probabilité d'intoxication si la solution ne dépasse pas 5 o/o pour les plaies profondes.

Je borne là cette présentation destinée à prendre date ; mais j'espère bientôt être à même de la compléter. Je ne dirai rien, pour l'instant, sur l'application de l'ipsilène osseux, si ce n'est que les expériences cliniques ont démontré que les cavités osseuses d'ordre pathologique sont oblitérées en fort peu de temps, et que des études sont faites en vue de déterminer la nature du cal ainsi formé.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✵, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

UN CAS DE CLINIQUE

Par M. E. Bouzique, D. E. D. P. et F. M. P., de Poitiers.

M. X..., étudiant en droit, 20 ans, santé excellente, désireux de faire mettre sa dentition en état avant de partir au régiment, se présenta à ma consultation au mois de septembre 1898.

L'examen de sa bouche donna lieu aux observations suivantes (pour la mâchoire supérieure seulement) :

1° Absence des molaires de six ans, enlevées à huit ans environ (constatons en passant que l'espace qu'elles occupaient primitivement est à peu près comblé) ;

2° Absence de la 2ᵉ Pr. S. G.

3° Plusieurs caries du 2ᵉ degré, une du 3ᵉ degré à la 2ᵉ Pr. S. D. et une du 4ᵉ à la 2ᵉ molaire même côté ;

4° Enfin absence de l'incisive centrale supérieure droite. Mon attention fut tout de suite portée sur le groupe incisif. L'incisive droite avait-elle été extraite ?

Mon patient se souvint que vers l'âge de neuf ans le médecin de son canton lui avait enlevé une dent « *toute noire* », très douloureuse, occupant l'emplacement de la dent absente. L'extraction en fut très pénible.

Ne pouvant admettre l'hypothèse d'une dent incisive permanente cariée au 4ᵉ degré deux ans après son éruption, j'annonçai à mon patient l'évolution probable de son incisive permanente, ajoutant que pour l'instant rien ne faisait prévoir sa sortie prochaine.

Vers la fin de janvier, je remarquai à la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, un peu en arrière de l'arcade alvéolaire et entre l'incisive centrale gauche et l'incisive latérale droite, deux petites saillies distantes de 5 à 6 millimètres suivant une ligne à peu près parallèle au raphé médian. J'examinai à la sonde. Les deux saillies, à peu près étouffées dans les papilles, étaient réunies sous la muqueuse, de sorte que l'ensemble formait un îlot allongé, déprimé en coup d'ongle, dont la surface (6 millimètres de long sur

1 millimètre de large) présentait deux cavités disposées en salière. La sonde glissait sur les bords qui offraient une consistance adamantine.

Dès ce moment je diagnostiquai la présence de mon incisive droite, dont le bord tranchant avait dû être fracturé au moment de l'extraction de l'incisive temporaire correspondante.

Mon patient n'éprouvait jusqu'ici aucune gêne. Il me revint en mars ; la dent sortait un peu plus et irritait la langue dans les mouvements de prononciation et de déglutition. Je meulai légèrement les saillies coupantes et conseillai d'attendre.



Fig. 18 *bis*. — Un cas de clinique.

Le 25 mai dernier, M. X... revint, souffrant beaucoup. Au-dessus de la canine et de l'incisive latérale droites, la gencive est rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression, en un mot présente les symptômes d'une inflammation aiguë due au voisinage d'une arthrite dentaire infectieuse. D'où venait l'infection ? Pas de carie du 4e degré dans le voisinage ; seule, la dent incisive en évolution, très sensible à la percussion,

pouvait donner lieu à ces troubles. Une sonde à canaux me permit alors de reconnaître que la pulpe était complètement disparue. Je décidai l'extraction sans anesthésie à la cocaïne, comme j'ai toujours soin de faire en cas d'inflammation, même subaiguë, de la muqueuse gingivale.

L'opération n'était possible qu'avec le davier-baïonnette, dont les mors furent appliqués aux bords médians et distants de l'incisive et enfoncés le plus profondément possible. La dent vint alors sans difficulté. L'hémorragie consécutive fut insignifiante et, deux jours après, tout était rentré dans l'ordre.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° Elle nous montre une fois de plus que l'extraction des dents de lait n'est pas toujours chose banale. Dans le cas actuel, ce sont, à n'en pas douter, les mors du davier trop enfoncés qui ont brisé le bord incisif, fracture qui occasionna plus tard la nécrose pulpaire et les accidents infectieux précités.

2° Cette dent morte au sein de tissus normaux et sains n'a donné lieu aux phénomènes infectieux que quand sa couronne a présenté à l'extérieur une surface suffisante pour servir de rétention aux parcelles alimentaires, qui, refoulées par les mouvements de la langue dans les anfractuosités de l'ivoire encore mal calcifié, ont joint aux débris de désagrégation de la pulpe leur action septique.

3° Une dent implantée comme était celle-ci peut être extraite sans accidents, malgré la proximité du trou palatin antérieur et des artères qui en sortent.

ELECTROTHÉRAPIE DENTAIRE

Par M. Edmond Papot,
Professeur de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris,
Ex-président de la Société d'Odontologie de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 6 juin 1899.)

(Suite.)

CHAPITRE III

APPLICATIONS ET TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Matériel.

L'arsenal formant l'ensemble d'une installation électrothérapique prise sur le courant de la ville comprend les objets suivants :

Un **Transformateur à courant continu** (V. fig. 9 A), qui transforme la tension du courant d'éclairage en une tension plus basse, convenant pour le galvano-cautère ; ce transformateur s'intercale dans le circuit entre le fil d'éclairage et le petit rhéostat du tableau de distribution ;

Un **Rhéostat de sûreté** (V. fig. 9 B) pour l'abaissement de la tension du courant d'éclairage jusqu'à celle qui est nécessaire au but que l'on se propose ; ce rhéostat s'intercale dans le circuit entre le fil d'éclairage et le tableau de distribution ;

Un **Tableau de distribution** (V. fig. 9 C.) contenant :

a) Un *Voltsélecteur* (V. fig. 9 a) avec échelle divisée en *Volts* ; ce voltsélecteur est utilisé pour le miroir à bouche, le maillet à aurifier, l'électrolyse, la cataphorèse et aussi pour la faradisation.

b) Un *Rhéostat* (V. fig. 9 b) pour le réglage du galvano-cautère et la pompe à air chaud.

De plus figurent sur ce tableau les bornes de prise de courant et les contacts pour toutes les applications électriques (Tour à fraiser, etc., etc.).

Un **Appareil de Faradisation** (bobine de Rhumkorff) ;

Un **Voltsélecteur différentiel** (V. fig. 9 D) servant à régler

l'intensité nécessaire pour l'application de la cataphorèse ;

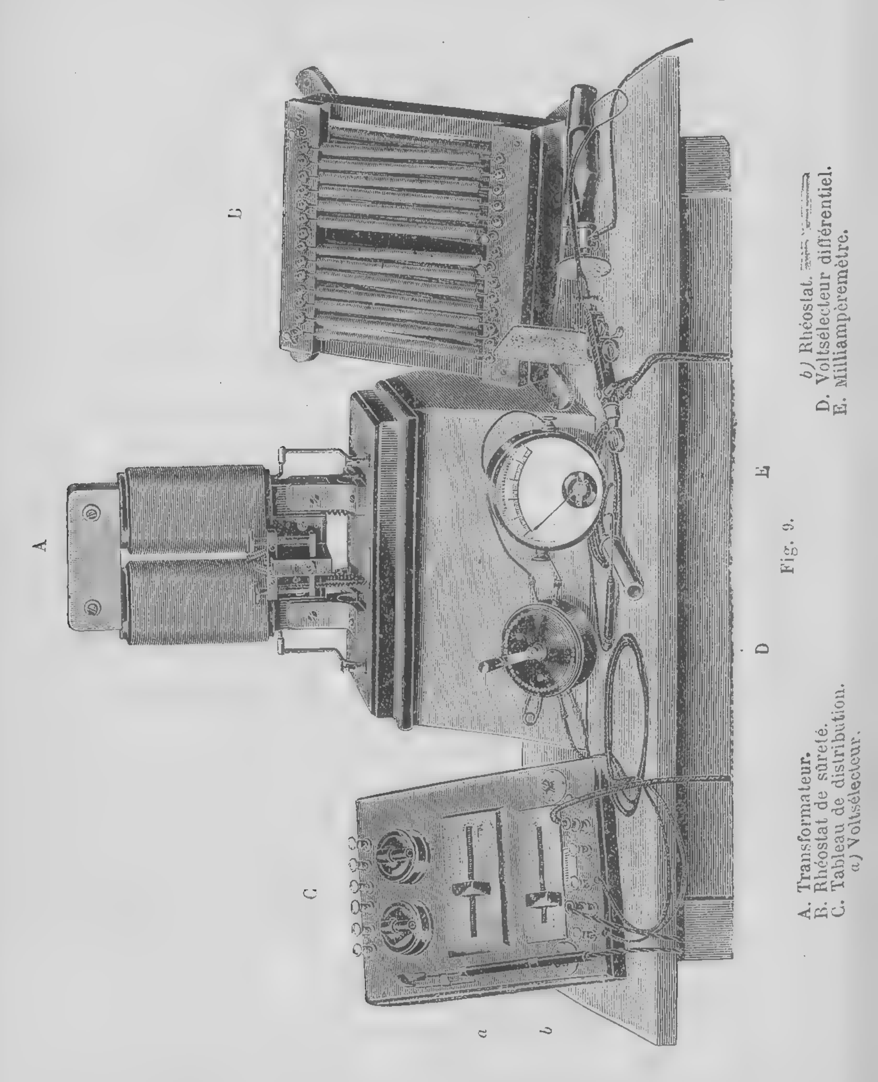


Fig. 9.

A. Transformateur.
B. Rhéostat de sûreté.
C. Tableau de distribution.
a) Voltsélecteur.
b) Rhéostat.
D. Voltsélecteur différentiel.
E. Milliampèremètre.

au moment de l'emploi il doit être placé sur la tablette du fauteuil, à portée de la main de l'opérateur ;

Un **Milliampèremètre** gradué de 1 à 5 avec des subdivisions au 1/10 (V. fig. 9 E) ; cet instrument, fixé sur un tableau,

doit être placé de telle façon que l'opérateur puisse des yeux



Fig. 10. — Electrodes pour la cataphorèse.

A. Electrode à main.
B. Electrode à main avec interrupteur.
C. Electrode avec agrafe.
D. Electrode à pointe de platine terminée par une petite boule.

suivre ses indications à tous les instants de l'application ;

Une série d'**Electrodes** appropriées (V. fig. 10).

Papier indicateur de pôles. — Ce papier chimique se colore en violet ou en rouge au pôle négatif d'un courant dont les deux électrodes sont placées à 2 ou 3 m/m. de distance sur ce papier humecté d'eau ordinaire.

Instructions pour l'emploi de la cataphorèse.

Mettre le milliampèremètre en contact avec le voltsélecteur du tableau de distribution.

Régler ce voltsélecteur (10 à 15).

Placer l'électrode positive sur le voltsélecteur différentiel, lequel est relié au tableau du milliampèremètre, borne +.

Placer l'électrode négative sur la borne — de ce même tableau.

Il est bon de s'assurer par le papier chimique qu'il n'y a ni erreur dans le montage de l'installation ni renversement du courant à l'usine productrice d'électricité.

Précautions à prendre. — Une absolue siccité est de rigueur, parce qu'un flot de salive détournerait le courant de la dent sur laquelle on opère *(Crouse)*. L'application de la digue est donc utile, sinon nécessaire ; la dessication de la cavité, qui est par elle-même un moyen de diminuer la douleur, est indispensable *(Congrès de Nancy)*. Cependant si la cavité à anesthésier est au collet de la dent et s'étend sous la gencive, on peut interposer simplement un bourrelet d'ouate entre la lèvre, la joue et la gencive, selon l'endroit où l'on opère, afin d'empêcher l'accès de la salive, qui provoquerait la diffusion du courant dans la bouche *(Quincerot)*. On a constaté qu'alors lèvre et gencive étaient insensibilisées *(Rigollet)*.

On ne doit jamais faire passer le courant à travers une obturation métallique à cause de la douleur qui en serait la conséquence *(Gillett)*. Il importe donc de les isoler avec un soin extrême. On peut dans ce but les recouvrir de vernis ou mieux d'une couche de chloro-percha *(Groshcintz)*.

Bon nombre des échecs dans la cataphorèse tiennent à une dissipation du courant à travers des crochets ou des obturations métalliques mal isolés *(Ely)*. Il en serait de même si le clamps fixant la digue était en contact avec l'électrode. On cite un cas de brûlure à la joue occasionnée par le contact d'un porte-digue métallique avec l'électrode négative mouillée appliquée sur la joue *(Heise)*.

Il faut veiller aussi à ce que l'électrode positive ne soit en contact ni avec la peau, ni avec la muqueuse, ni avec un point particulier de la dent, car le courant passerait par ces seuls points de contact *(De Trey)*.

Préparation des cavités. — Enlever l'émail qui surplombe la cavité et débarrasser celle-ci de tous débris par une irrigation d'eau à 38°. Après l'application de la digue, dessécher la cavité et la laver ensuite à l'alcool absolu tiède *(Grosheintz)* ou au chloroforme afin de supprimer tous restes de graisse *(Klingelfuss)*, puis dessécher à nouveau. On peut alors introduire dans la carie un petit tampon d'ouate ou d'amadou imbibé d'eau salée qui est rapidement absorbée par les pores de la dentine et rend cette dernière meilleure conductrice du courant *(Klingelfuss)*.

Solutions médicamenteuses pour l'anesthésie de la dentine, l'ouverture de la chambre pulpaire et l'extraction de la pulpe et de ses prolongements.

Les formules de solutions médicamenteuses pour l'anesthésie cataphorétique sont nombreuses et chacun des auteurs préconise la sienne. Pour l'anesthésie de la dentine et de la pulpe il s'agit surtout de solutions de cocaïne [1] dans des véhicules divers : eau, gaïacol, pyrozone [2], électrozone,

1. Alors que *Foulon* préconise la cocaïne pure et non pas un sel de cocaïne, la plupart des auteurs emploient le chlorhydrate de cocaïne qui, sous l'influence du courant, se décompose en acide chlorhydrique, lequel se porte au pôle positif, et en cocaïne qui est entraînée dans la direction du pôle négatif, c'est-à-dire vers l'intérieur de la dent (*De Trey*) : cependant *Gillett* dans sa communication de 1897 dit que le chlorhydrate de cocaïne ne se décompose pas sous les aibles courants employés.

2. Le pyrozone est une préparation américaine composée d'eau oxygénée en solution dans l'eau et dans l'éther (Voir *Du Pyrozone et de ses usages*, in *Progrès dentaire*, novembre 1897).

dans des proportions variant de 10, 15, 20 et même 30 pour cent. Nous avons d'ailleurs déjà reproduit quelques formules p. 24 et 25.

Ezard, d'Edimbourg, conseille d'ajouter aux solutions gaïacolées de l'essence de rose pour masquer l'odeur désagréable du gaïacol *(Grosheintz)*.

Heise emploie la solution de Schleich en y ajoutant de la cocaïne presque à saturation.

Rigollet prépare extemporanément la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0,03
Eau distillée	VI gouttes.

Il ne faut pas oublier qu'en règle générale si l'on peut employer presque toujours la dose maxima en opérant extérieurement, il n'en est pas de même pour les cavités où le liquide d'une électrode trop imbibée de substance toxique serait absorbé par les muqueuses ; il est alors nécessaire d'en faire rigoureusement le dosage *(Chardin)*.

Electrode positive. — L'électrode active, qui ne doit jamais toucher directement la dentine, s'appliquera sur du coton [1] imbibé de la solution anesthésique et remplissant la cavité *(Gillett)*. Il importe que cette électrode soit fermement maintenue dans la cavité *(Crouse)* et même qu'elle soit fixée par un moyen quelconque [2] pour éviter à l'opérateur la fatigue de rester immobile et aussi pour lui rendre sa liberté pendant l'application [3].

Electrode négative. — L'électrode négative doit être entourée d'une éponge, d'un linge, ou de préférence d'une peau de daim imbibée d'eau salée tiède ; on diminue ainsi la résistance et cela permet d'employer un courant plus faible

1. Le Dr *Grosheintz* préconise, au lieu de coton, de petites rondelles en peau de chamois qu'on pourrait préparer d'avance, découpées de différentes grandeurs, et qu'on conserverait dans de l'eau salée pour les rendre plus conductrices. Il faudrait alors, avant de les tremper dans la solution médicamenteuse, les exprimer entre deux feuilles de papier buvard (*Klingelfuss*).

2. Voir porte-électrode universel fig. 6, 7, 8, page 122 (nº du 15 août).

3. Voir page 117 (nº du 15 août) (*Chitterling*).

(*Ames*). Cette électrode peut être tenue dans la main du patient ; elle peut aussi être appliquée sur un endroit quelconque du corps, le cou ou la face par exemple. Il est bon que le courant n'ait à parcourir que le plus court chemin possible à travers l'organisme. Théoriquement la membrane muqueuse de la bouche serait un lieu d'élection ; mais il est moins facile d'empêcher une perte du courant en cet endroit, et l'application serait en outre plus désagréable pour le sujet (*Gillett*). Pour éviter ces inconvénients, il est bon d'employer une électrode négative à pince comprenant une grande plaque métallique pour l'intérieur de la bouche et une plaque isolante en caoutchouc pour l'extérieur; on interposera un petit morceau de toile imbibée d'eau salée tiède (10 o/o) entre la muqueuse et la plaque métallique [1].

Pendant l'application. — La dent vivante répond très vite à des courants que la plupart des autres tissus perçoivent à peine (*Gillett*) ; il faut donc faire arriver le courant très graduellement en commençant avec une intensité imperceptible et en augmentant fort lentement jusqu'à ce que le sujet éprouve une très légère sensation de brûlure. Quand celle-ci se produit, cesser aussitôt toute augmentation jusqu'à ce que, l'anesthésique ayant pénétré, toute sensation de malaise soit dissipée. On peut alors augmenter de nouveau et toujours graduellement jusqu'à insensibilité (*Fielden Briggs*).

L'un des points essentiels pour réussir pratiquement, c'est, je le répète, de débuter avec un courant trop faible pour causer le moindre ennui au sujet, et de l'augmenter graduellement, suivant la tolérance de ce dernier. A mesure que la cocaïne commence à pénétrer, il sentira moins le courant, qui peut alors s'augmenter sans inconvénient (*Gillett*).

L'intensité nécessaire ne dépasse pas 3 à 3 1/2 milliam-

---

1. Cette électrode est établie sur le même modèle que celle représentée page 76, fig. 11 ; elle n'en diffère que par les plaques qui sont plus grandes.

pères et l'anesthésie s'obtient généralement en un temps variant de 6 à 10 minutes *(Rosenthal)*.

Pour éviter la secousse galvanique désagréable, les électrodes ne doivent ni changer de situation ni quitter le point d'application sans que le courant ait été remis à O, et encore faut-il y arriver doucement et non brusquement en y ramenant la manette du voltsélecteur *(Chardin)*.

Les solutions froides produisant toujours de la douleur sur une pulpe vivante *(Rigollet)*, il est bon de les faire chauffer préalablement *(Foulon)*. Le coton imbibé de la solution médicamenteuse ne doit jamais se dessécher ; il faut donc en surveiller la dessication et ajouter *in situ* de temps en temps de la solution avec un compte-gouttes.

Eviter aussi de mettre de la solution en excès, la dent devant rester sèche extérieurement *(Groshcintz)*.

Hypéresthésie de la dentine.

CATAPHORÈSE. — Voir *Instructions*, pages 160 et suivantes.

En cas de caries profondes on doit surveiller l'intensité du courant, car le courant galvanique pourrait compromettre la vitalité de la pulpe *(Quincerot)*. Pour faire des points de rétention sur les bords d'une carie profonde, il faudrait, pour anesthésier ces bords, anesthésier d'abord la pulpe, ce qui serait mauvais pour elle. On devra donc protéger la pulpe par une couche de ciment ou de gutta, et alors, la résistance étant augmentée, les bords seront anesthésiés beaucoup plus rapidement *(Price)*.

En présence d'une dent ayant de la dentine secondaire, la résistance étant plus forte, le résultat sera beaucoup plus lent à obtenir, d'où nécessité d'isoler plus parfaitement encore la dent *(Price)*.

Dans les cas rebelles on peut toucher pendant quelques instants la cavité avec l'acide chlorhydrique à 50 o/o, puis réappliquer la cocaïne et le courant ; on réussit ainsi à triompher de cas très résistants à la cataphorèse et d'une sensibilité extrême *(Heise)*.

Pulpite aiguë (avec ou sans carie).

ELECTROLYSE. — Voir *Traitement*, page 58 (*Marshall*).

CATAPHORÈSE. — Voir *Instructions*, pages 160 et suivantes.

Destruction de la pulpe et des filets radiculaires.

ELECTROLYSE. — En introduisant une aiguille reliée au pôle *négatif* jusqu'au fond du canal radiculaire on décompose en quelques instants l'extrémité pulpaire. On peut ensuite en extraire les débris sans une goutte de sang et avec absence totale de souffrance *(Heise)*.

CATAPHORÈSE. — Voir *Instructions*, pages 160 et suivantes.

On peut employer la cataphorèse soit pour ouvrir la chambre pulpaire et enlever directement la pulpe et, en ce cas, une seconde application sera souvent nécessaire pour les filets radiculaires, soit pour préparer la pulpe à recevoir un pansement arsenical [1], qui alors agira complètement sans douleur et permettra, le lendemain, l'enlèvement indolore et sans effusion de sang de la pulpe et de ses prolongements *(Rigollet)*.

Pour les molaires supérieures, il faut enlever le nerf palatin en même temps que la pulpe, puis recommencer une seconde application pendant 5 minutes avant d'enlever les deux autres filets radiculaires *(Gillett)*.

Dans le cas où l'une des racines conserve de la sensibilité, il faut obturer les autres canaux avec une mèche imbibée de vernis ; le courant n'agira plus alors que sur le filet sensible, qui sera ainsi anesthésié plus rapidement *(Price)*.

Désinfection des dents mortes [2], kystes, fistules.

ELECTROLYSE. — Application pendant dix minutes, intensité 2 milliampères.

---

1. Ne jamais employer la cataphorèse après l'application de l'acide arsénieux. Voir p. 118 (*Fletcher*).

2. L'emploi des bulbes métalliques solubles, indiqués par *Fielden Briggs*

Electrode positive. — Si l'on peut introduire dans les canaux dentaires jusqu'auprès de l'apex une électrode sous forme d'une aiguille fine et flexible en platine, la désinfection des canaux est certaine *(Ames).*

En cas de kyste pyogène, dépasser le foramen de l'apex et faire poindre l'aiguille dans le kyste ou tout au moins dans le pédicule du kyste ; celui-ci sera transformé en nodule sclérosé *(Foulon).*

Electrode négative. — En pôle perdu avec tampon imbibé d'eau salée tiède.

CATAPHORÈSE. — Voir *Instructions*, pages 160 et suivantes.

Le but à atteindre est de faire arriver au contact des surfaces pyogéniques quelque agent puissant comme l'oxygène naissant, l'ozone, etc. *(Ames).*

Dans les cas d'abcès ou d'infections la teinture d'iode, le peroxyde d'hydrogène, le nitrate d'argent en faible solution peuvent être appliqués jusqu'au delà de l'apex et dans le sac purulent *(Rosenthal).*

En cas de fistules se servir d'une électrode olivaire en platine, de calibre tel qu'elle puisse pénétrer dans le trajet fistuleux pour y décomposer le contenu purulent, avec une solution d'iodure de potassium *(Ames).*

Dans un cas de *gonflement alvéolaire chronique*[1] répondant à une racine, ce gonflement disparut après trois applications cataphorétiques d'une solution d'iodure de potassium faites à deux jours d'intervalle *(Fielden Briggs).*

Périostite aiguë.

ELECTROLYSE. — Voir traitement indiqué page 58, *(Marshall).*

(Voir p. 117, fig. 4), d'après *Morton*, paraîtrait indiqué pour la désinfection et peut-être pour l'obturation des canaux. Il y aurait aussi à étudier dans cet ordre d'idées les effets de la galvanoplastie sur les parois des canaux infectés ; je me propose de faire ces expériences et d'en communiquer ultérieurement les résultats.

1. Dans des cas semblables je me suis bien trouvé de l'emploi des courants faradiques.

Cataphorèse. — Voir *Instructions*, page 160 etc., en tenant compte des modifications suivantes : la digue ne peut être employée.

L'électrode positive devra être à pince (V. fig. 11 et 12),

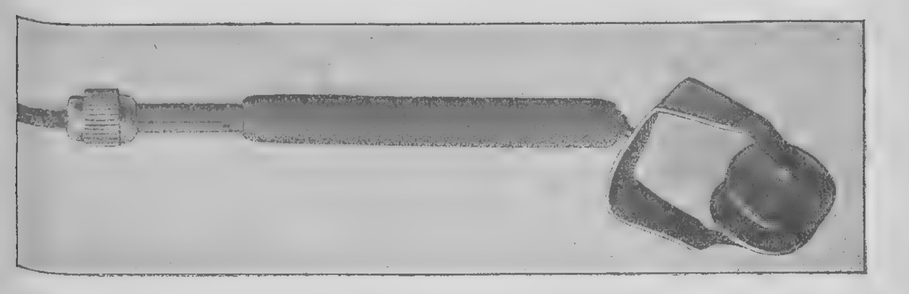


Fig. 11. — Electrode à pince.

c'est-à-dire permettre d'appliquer sur la gencive deux tam pons médicamenteux à la partie labiale en même temps qu'à la partie linguale.

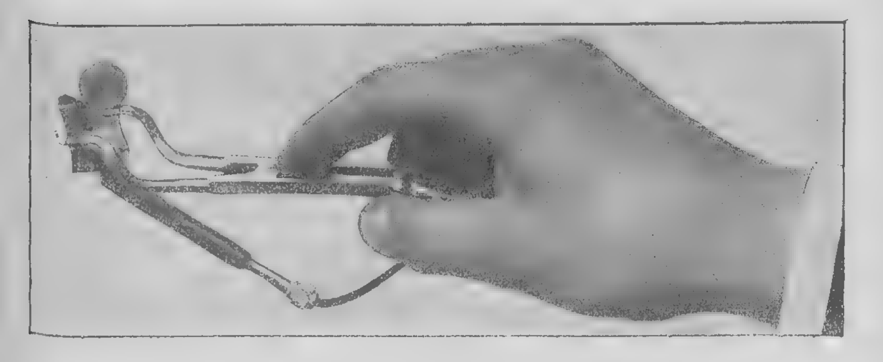


Fig. 12. — Manière de placer l'électrode à pince.

On utilisera des rondelles en peau de daim, de la dimension des mors de l'électrode (préparées comme il est dit, note 1, page 162), qu'on placera après avoir débarrassé la gencive des mucosités, tout en se protégeant de la salive.

Les tampons ou rondelles seront imbibées de l'une des solutions suivantes :

a) Solution aqueuse d'iode à 50 o/o.

b) Teinture d'aconit.................................... } āā
Chloroforme.. }

c) Teinture d'aconit.................................... }
Teinture d'iode.. } āā
Chloroforme.. }

Formule indiquée page 109.

Electrode négative en pôle perdu ; durée de l'application 5 à 10 minutes, amenant la cessation de la douleur et permettant de trépaner si besoin est.

Périostite chronique.

CATAPHORÈSE. — Se conformer aux *Instructions* indiquées pages 160 et suivantes et faire pénétrer dans les canaux radiculaires l'un des agents antiseptiques suivants, chacun d'eux donnant de bons résultats :

Bioxyde d'hydrogène.
Essence de Cassia.
Chlorure de zinc.
Solution d'acétanilide.

Application pendant un quart d'heure, puis terminer par une autre application cataphorétique directe sur la gencive, comme cela est indiqué pour la périostite aiguë. *M. Fogg* prétend n'avoir jamais eu d'insuccès.

Extraction des dents.

CATAPHORÈSE. — C'est dans cette opération que le succès de la cataphorèse est le plus controversé. Nous avons vu page 125 comment *Gillett* s'exprime à ce sujet ; cependant *Foulon, Rosenthal* et *Rigollet*, pour ne citer que des auteurs français, ont obtenu des résultats encourageants.

Le mode d'application [1] est le même que celui indiqué pages 160 et suivantes en tenant compte des modifications apportées pour la périostite aiguë, page 166.

---

1. Certains auteurs préconisent, au lieu d'une électrode positive à deux chefs, l'application d'un pôle sur un côté, d'un autre pôle sur l'autre côté de la gencive de la dent à extraire ; mais cette méthode ne peut donner que de mauvais résultats.

Les solutions médicamenteuses seront les mêmes que



Fig. 13. — Electrode américaine à cupules pour extractions.

celles indiquées pour l'anesthésie de la dentine ; on peut aussi employer la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne	0,05 gr,
Sulfate de morphine	0,03 gr.
Solution de sulfate d'atropine à 1 o/o	V gouttes.
Acide phénique	VIII —
Eau distillée	100 gr.

On pourrait remplacer l'atropine par une solution de sulfate de trinitrine à 1 o/o. VIII gouttes.

Application pendant 6 minutes.

Hémorragies.

PYROGALVANIE. — Cautère porté au rouge *sombre* plongé au fond même de l'alvéole (*Brasseur*) [1].

GALVANISATION. — *Electrode positive* à pointe métallique de forme telle qu'elle se mette en contact avec le plus possible de surface lésée, appliquée directement sur la plaie ; augmenter le courant jusqu'à coagulation sans aller jusqu'à la cautérisation.

Electrode négative en pôle perdu ; on obtient ainsi un arrêt subit de l'hémorragie dans des cas où tous les remèdes ordinaires, y compris la compression, avaient complètement échoué (*Jenison*).

Névralgie réflexe d'origine dentaire, douleurs post-opératoires.

FARADISATION. — *Pôle positif* dans la main.

Pôle négatif extérieurement sur la région ou sur la gencive avec une électrode olivaire.

Intensité moyenne ; cependant dans certains cas on se trouve bien d'un courant très énergique, paraissant occa-

1. E. BRASSEUR, applications du polyscope et de la galvanocaustie aux affections de l'appareil dentaire.

sionner une douleur plus vive que celle de l'affection même.

Durée : 5 à 10 minutes.

Résultats presque toujours excellents (*Chardin*).

GALVANISATION. — Traitement indiqué page 58 (*Bouchaud*).

CATAPHORÈSE. — La formule suivante peut être utilisée contre l'élément douleur, en application cataphorétique.

Chlorhydrate de morphine	1 gr.
Eau distillée	10 —

(*Chardin*).

Blanchiment des dents.

CATAPHORÈSE. — On parvient à blanchir parfaitement une dent noircie en employant une solution à 20 ou 25 o/o de peroxyde d'hydrogène et en ayant soin de fermer le canal radiculaire avec de la gutta (*Fielden Briggs, Morton*).

Observer, pour l'application, les *Instructions* données pages 160 et suivantes, avec cette différence que le pôle actif sera le pôle négatif et qu'il devra être placé dans la dent sur la solution médicamenteuse remplissant la cavité, tandis que le pôle positif sera en pôle perdu.

En effet, l'action du courant portant l'oxygène vers le pôle positif, l'action serait nulle si celui-ci était placé dans la dent ; au contraire, en renversant l'ordre habituel des pôles, le courant entraîne la solution dans les tissus (*Dr Low*).

Application pendant 10 minutes.

Gingivites.

PYROGALVANIE. — Intensité : rouge vif.

Résultats excellents, amélioration prompte, guérison.
(*C. Chardin* et *Dr Foveau de Courmelles*).

ELECTROLYSE. — Electrode positive en forme de plaque appliquée sur la gencive, courant de 5 milliampères (*Poinsot*).

Arthrite alvéolo-dentaire. Pyorrhée.

CATAPHORÈSE. — *L'électrode positive* ne devra être conductrice qu'à son extrémité ; elle pourrait être en acier,

doré à l'extrémité seulement (2 à 3 m/m) et oxydé sur le restant de sa longueur ; elle devra être humectée et chargée de petits cristaux d'iodure de potassium qu'on introduira au fond des foyers purulents (*Ames*).

Electrode négative en pôle perdu.

Gillett, dans son travail de 1897 (Voir page 125), dit, d'après le professeur *Herdman*, que dans l'iodure de potassium l'iode revient au pôle positif, tandis que le potassium se dirige vers le pôle négatif. Il faudrait donc, selon lui, charger l'électrode négative des cristaux d'iodure et placer l'électrode positive en pôle perdu.

Syncope.

FARADISATION. — Courants d'induction sur la région précordiale, pour amener le retour du malade à la vie ambiante.

Intensité : faible.

Durée : jusqu'à réussite.

PYROGALVANIE. — Révulsion à la pointe du cœur par le galvano-cautère. (*C. Chardin et Dr Foveau de Courmelles*).

*
* *

Nombre d'affections pourraient également être justiciables de l'Electrothérapie ; citons entre autres :

Actinomycose, **Cataphorèse** (*Dr Foveau de Courmelles*).

Tumeurs, épulis, etc. **Pyrogalvanie** ou **Electrolyse** (*Dr Foveau de Courmelles*).

Adénite, **Galvanisation**, **Electrolyse**, **Cataphorèse** (*Dr Foveau de Courmelles*).

Constriction des mâchoires, **Faradisation**.

De plus, l'emploi des courants faradiques ou galvaniques peut être dans certains cas un excellent moyen de **diagnostic**, car ils décèlent rapidement les pulpites légères qui sont souvent la cause de diverses formes névralgiques de la tête et de la face (*Marshall.*)

CONCLUSIONS

En terminant cet exposé nous formulerons les conclusions suivantes :

1° De l'étude des nombreux travaux et des expériences cliniques publiés depuis plusieurs années, il résulte que l'électrothérapie dentaire, notamment la cataphorèse, est de nature à nous donner d'excellents résultats (anesthésie et antisepsie).

2° Cependant les divergences d'opinions théoriques que nous avons rencontrées nous prouvent que la cataphorèse est encore dans une période d'empirisme.

3° Nous nous associerons donc à la judicieuse remarque faite par *Lœffler* et que nous avons rapportée plus haut (page 125) et nous demanderons que cette lacune soit comblée par l'organisation, à l'Ecole dentaire de Paris, par un chimiste, d'un enseignement théorique et pratique de la cataphorèse.

4° Cet enseignement devrait être appuyé sur des études de laboratoire qui nous feraient connaître exactement de quelle façon particulière chacun des médicaments que nous sommes appelés à utiliser se comporte sous l'influence du courant électrique et dans quel sens s'opère pour chacun d'eux la décomposition électrolytique.

5° Il serait bon également que des dents infectées fussent soumises, au laboratoire, au traitement électrolytique et mises ensuite dans des bouillons de culture, pour nous apporter ainsi une certitude absolue au point de vue antiseptique.

Puissent le travail auquel je me suis livré et les expériences que je réclame du laboratoire de l'Ecole donner de l'extension à cette méthode, si employée à l'étranger et appelée, à mon avis, à rendre à nos patients d'autant plus de services qu'elle sera devenue absolument scientifique.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Résection large du maxillaire et des parties molles appliquée au traitement d'un cancer de la lèvre inférieure propagé au maxillaire et récidivé pour la quatrième fois. — Autoplastie et prothèse. — Premiers résultats.

M. Albertin. — J'ai tenu à vous montrer ce malade après ma première intervention, pour vous montrer les différentes étapes parcourues avant d'arriver à une restauration définitive.

Ce cas appartient à une catégorie de faits sur lesquels j'ai déjà attiré votre attention en vous présentant un malade traité de la même façon et guéri sans récidive depuis cinq ans avec un résultat excellent, soit au point de vue fonctionnel, soit au point de vue esthétique.

Voici l'observation de mon nouveau malade.

M.... François, âgé de 48 ans, de Saint-Vallier (Drôme), a été opéré trois fois pour un même cancroïde de la lèvre inférieure ; en 1883, par Daniel Mollière; en 1890, par Maurice Pollosson. Enfin, en 1897, une troisième opération dont vous pouvez voir ici le schéma a été pratiquée par ce dernier, large incision de la moitié droite de la lèvre y compris la commissure et restauration autoplastique par le procédé à lambeau cervical unilatéral. Ce lambeau fut doublé par un petit lambeau de muqueuse pris sur la gencive, mais suspect par sa minceur. La plaie fut fermée par suture (Observation communiquée par M. Maurice Pollosson).

Ce malade rentre, en novembre 1898, dans le service de M. Maurice Pollosson, que je supplée à l'Hôtel-Dieu et qui me confie le traitement de ce malade.

Actuellement il existe une récidive se présentant sous forme d'une masse volumineuse occupant la moitié droite de la région maxillo-mentonnière et débordant sur les régions sus-hyoïdienne, médiane et latérale. Au niveau de la commissure et du sillon gingivo-labial, il existe une large plaque indurée et ulcérée à fond épithéliomateux.

La tumeur, du volume du poing, adhère solidement au maxillaire inférieur.

L'ulcération gingivo-labiale intéresse le périoste de la face externe;

il y a, à n'en pas douter, envahisssement de l'étui périostique par la récidive néoplasique. Il existe une fistule sous-maxillaire conduisant dans un ganglion dégénéré et ramolli.

L'état général du malade est bon ; il est résistant, âgé de moins de cinquante ans ; je le considère comme placé dans d'excellentes conditions pour subir une tentative de cure radicale de son cancer par une large résection en bloc de la tumeur, squelette et parties molles.

Je l'opère le 11 novembre 1898, après anesthésie au chloroforme, comme j'ai fait pour les autres et, à ce propos, voici le manuel opératoire que j'ai adopté :

Après asepsie de la bouche aussi complète qu'il est possible, faite à tout instant de la journée, pendant plusieurs jours par brossages, lavages, ablation de chicots, de dents cariées, etc., on pratique l'anesthésie au chloroforme.

Dans un premier temps, on circonscrit au bistouri la peau recouvrant la tumeur à enlever. Cette incision comprend le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans un second temps, à l'aide des doigts ou des ciseaux courbés sur le plat, on passe dans le plan de clivage qu'il est nécessaire de bien déterminer et, à l'aide de manœuvres de décollement, on isole le bloc à enlever jusqu'au maxillaire.

Dans un troisième temps, après avoir déterminé le point où l'on veut sectionner l'os, on affranchit l'endroit où doit porter la section et on perfore le plancher buccal dans un point symétrique. Il faut alors rapidement pratiquer la section osseuse.

Pour ce faire, j'emploie le coupe-os multiplicateur de Mollière. Quelque effrayant que paraisse cet outil, je défie d'obtenir en moins de temps, avec un instrument, une section aussi nette du maxillaire inférieur. D'un seul coup en avant, d'un autre en arrière, le maxillaire est tranché. On termine alors rapidement l'ablation du bloc à l'aide des ciseaux et on fait l'hémostase ; cela prendra trois ou quatre minutes.

La tumeur enlevée, la toilette ganglionnaire de la région soigneusement faite, je confie à M. Martin le soin de fixer l'appareil qui est instantanément réduit aux dimensions exigées.

L'appareil prothétique mis en place, il s'agit de procéder à la restauration de la région. La brèche faite est quelquefois effrayante, comme vous pouvez en juger par l'examen des pièces enlevées.

Mais la région cervicale nous offre des lambeaux autoplastiques parfaits, suffisamment étoffés, vivaces et bien mobilisables ; vous pouvez juger, sur ce malade, du premier résultat obtenu. Il ne faut pas vouloir faire une restauration d'emblée, mais en deux ou trois temps.

Chez ce malade, il ne reste qu'à fermer la commissure. On peut voir que ces lambeaux cervicaux, qui ont leur base en arrière, peuvent être très étendus et offrent une grande vitalité. On les mobilise facilement sans qu'il y ait de torsion de leur pédicule, et leur bonne vascularité permet une réunion rapide par première intention.

C'est ce qui s'est passé chez ce malade : opéré depuis deux mois, il est depuis plus d'un mois complètement guéri de l'intervention et, s'il n'existait pas un léger œdème des lambeaux autoplastiques, œdème circulatoire, je lui aurais fermé sa commissure pour terminer la restauration autoplastique. Je préfère attendre quelque temps pour agir sur des tissus ayant recouvré leur souplesse normale.

Chez ce malade, j'ai pratiqué la section osseuse en arrière horizontalement sur la branche montante, de façon à ce que l'angle postérieur de la mâchoire fût enlevé avec la tumeur.

J'ai agi de la sorte sur la demande de M. Martin, qui trouve que l'application et le maintien de son appareil de prothèse sont facilités par cette résection. Si l'on conserve cet angle de la mâchoire, il est sollicité par les muscles et vient butter contre la mâchoire supérieure.

Comme on peut le voir, le malade peut mastiquer avec sa pièce prothétique et la région mentonnière a gardé sa forme, quoique restaurée à moitié par le lambeau autoplastique.

J'ai opéré un certain nombre de malades pour des récidives de cancer des lèvres avec propagation au maxillaire inférieur.

Cette intervention, qu'on peut résumer en deux mots : résection en bloc de la tumeur, squelette et parties molles, ne présente pas de gravité par elle-même et on est surpris de voir combien elle est bien supportée par les malades, mais à une condition expresse : c'est qu'ils soient en état de résistance au choc opératoire, qui est assez considérable.

Une condition capitale, c'est l'âge des malades : il ne faut pas opérer après cinquante ou cinquante-cinq ans au plus. Cette conclusion a été formulée dans la thèse d'un de nos élèves, M. Trassagnac : « Des épithéliomas de la face propagés au squelette et de leur traitement », thèse inspirée par M. le professeur Maurice Pollosson et par moi.

Chez des malades plus âgés on voit presque à coup sûr survenir une complication le plus souvent mortelle : la pneumonie infectieuse.

Le malade, affaibli par l'opération, ne réagit pas, ne se prête pas aux soins de la toilette de la bouche, ne rejette pas les liquides infectés, qui bientôt souillent le larynx et infectent les poumons.

Une des conditions de succès réside dans l'exécution de l'antisepsie de la bouche ; après l'opération, dans les soins postopératoires.

Il faut auprès du malade un infirmier à demeure qui, toutes les heures, pratiquera, à l'aide de l'irrigateur Eguisier, des lavages de la bouche.

Ces lavages doivent être faits avec cet appareil, les autres n'ayant pas une force de propulsion suffisante.

On continue ces soins de tous les instants pendant cinq ou six jours et on obtient une réunion par première intention sur tous les points. Je n'ai pas eu d'accidents dus à la chute de la langue, à cause de la précaution prise de la fixer sur un fil métallique à la partie antérieure ou de l'arcade dentaire ou de la pièce prothétique.

Je vais suivre ce malade, espérant qu'il n'y aura pas récidive ; l'état du malade que j'ai opéré il y a cinq ans me permet cet espoir et je me propose de le présenter à nouveau à la Société qui jugera de la restauration définitive au point de vue de l'esthétique et de la fonction, sans préjuger de la cure radicale du néoplasme.

M. Martin. — M. Albertin vient de vous exposer les avantages que présente la section du maxillaire inférieur faite au milieu de la branche montante, lorsqu'il est impossible de conserver une longueur suffisante du corps pour fournir un point d'appui assez étendu à la pièce buccale qui doit maintenir le fragment abaissé.

Ce fragment est, en effet, fort difficile à maintenir lorsqu'il ne présente pas une surface de prise suffisante. Il s'échappe constamment de dessous l'appareil et, attiré en haut par les muscles masticateurs, il vient heurter les dents de la mâchoire supérieure.

Dans les mouvements de mastication, le frottement continuel du fragment détermine bien des ulcérations qui gênent beaucoup ou même rendent impossible cette fonction. Déjà, au début de l'application de ce genre de prothèse, j'avais été frappé des troubles fonctionnels résultant de la déviation du fragment ; j'avais, dans quelques cas, été obligé de pratiquer l'avulsion des dents supérieures et, plus tard, pour obvier à cet inconvénient, j'avais demandé au chirurgien de pratiquer la section horizontale de la branche montante.

Il y a donc un très réel intérêt à sacrifier une portion plus grande du maxillaire, laquelle, du reste, est fonctionnellement inutile. Cette modification ne complique pas beaucoup l'opération et n'aggrave pas du tout son pronostic.

Si le résultat fonctionnel est meilleur, le résultat esthétique ne l'est pas moins.

En effet, lorsque la section passe en avant de l'angle de la mâchoire, le fragment restant est toujours un peu attiré en avant et il se produit, en arrière de lui, une dépression très disgracieuse. Lorsque la section porte horizontalement sur la branche montante, au niveau du bord supérieur des molaires inférieures, l'appareil prend

la place de l'os enlevé et vient reformer l'angle de la mâchoire.

Je désire aussi vous dire quelques mots sur la chute de la langue en arrière. Cet accident, souvent signalé autrefois lorsque la résection comprenait une grande partie de l'arc antérieur du maxillaire, s'est produit, à ma connaissance, une seule fois à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pendant ces vingt dernières années, sur une centaine de cas environ.

La rareté de cet accident me paraît devoir s'expliquer par ce fait que, chez tous ces malades, j'avais appliqué des appareils de prothèse immédiate, lesquels facilitent singulièrement le maintien de la langue, grâce au fil suspenseur qui permet de la fixer à l'appareil.

Mais cette suspension de langue, qui est excellente lorsqu'elle est faite d'une façon mesurée, peut, lorsqu'elle est exagérée, entraîner un autre inconvénient. Qu'arrive-t-il lorsque la traction de la langue est poussée à l'extrême ? Cet organe se trouve immobilisé, la déglutition devient impossible, l'orifice glottique reste constamment béant et dans le décubitus dorsal, les produits de fermentation et de suppuration, si abondants dans la cavité buccale, s'écoulent, par cette route largement ouverte, dans les voies respiratoires. Telle est vraisemblablement l'origine de ces infections qui ont été fatales chez un certain nombre d'opérés.

C'est en 1898 que mon attention fut attirée sur ce point. Cette année-là, j'eus à mettre en place cinq appareils de prothèse immédiate. Chez trois de ces malades, le chirurgien avait dû fixer la langue à l'appareil et tous trois succombèrent à des pneumonies infectieuses. Ces trois morts successives me parurent extraordinaires et me donnèrent à réfléchir. En me remettant en mémoire et en analysant toutes les phases de l'opération, en recherchant les causes possibles de l'infection, je ne pus rien découvrir tout d'abord. Les lavages avaient été faits régulièrement ; la température, après l'opération, avait été à peu près normale. Je notais une seule chose : ces malades avaient été très difficiles à alimenter. Je me souvins alors qu'ils ne pouvaient pas déglutir et je n'hésitai pas à rapporter à cette impossibilité de la déglutition la cause des accidents observés.

La suppression de cette fonction était due elle-même à l'immobilisation complète de la langue trop attirée en avant.

Arrivé à cette conclusion, j'attendais avec impatience l'occasion de mettre à profit les remarques que j'avais faites. Elle se présenta en juin 1898 sur un malade du professeur Pollosson, suppléé alors par M. le Dr Albertin.

La résection dut être très étendue et la section porta à gauche en avant de la deuxième molaire et à droite sur la branche montante à un centimètre au-dessus de l'échancrure sigmoïde. Au moment où M. Albertin allait fixer la langue à l'appareil, je lui fis part de mes

remarques et il fixa l'organe dans sa position normale, de façon que ses mouvements pussent s'effectuer librement. Dès les premiers jours, le malade put se nourrir avec facilité et la guérison se fit assez rapidement. Ce malade a été présenté au Congrès dentaire au mois d'août dernier. Il était, depuis un mois, porteur de son appareil définitif et il assurait s'alimenter très bien.

Pendant les trois derniers mois de l'année 1898, j'eus à appliquer des appareils de prothèse dans une série extraordinaire de six résections, résections très étendues puisque dans toutes la presque totalité du corps et la plus grande partie d'une branche montante furent enlevées. Or, ces six malades ont guéri parfaitement et cependant, chez deux d'entre eux, le délabrement avait été tel qu'il fallut prendre un lambeau jusqu'au sternum pour combler la perte de substance.

Ainsi, en 1898, j'eus à placer neuf appareils de prothèse immédiate : huit dans des résections pour néoplasme et un pour une tentative de suicide. Sept fois la résection a été très étendue et les neuf malades ont guéri. Je ne crois pas qu'il s'agisse là simplement d'une série heureuse et je suis convaincu que la modification apportée à la manière de fixer la langue en est la cause première.

Aussi conclurai-je de ces faits qu'il faut maintenir la langue en avant et non la tirer au dehors ; il faut qu'elle puisse exécuter tous ses mouvements physiologiques et on n'obtiendra ce résultat qu'avec une traction modérée.

M. Vallas. — Il est un point sur lequel je veux attirer l'attention : c'est le tracé de la ligne d'incision lorsqu'on pratique la résection du maxillaire inférieur sans ablation des téguments.

Il ne faut pas que cette ligne corresponde au bord inférieur du maxillaire en partant de la pièce prothétique qui le remplace, car la pression continue de la pièce tend à désunir la suture qui finit par lâcher et laisse à nu l'appareil.

Il faut faire cette incision à deux travers de doigt et au-dessous du maxillaire inférieur, de façon à détruire la correspondance du bord de l'os ou de la pièce qui le remplace.

La ligne de suture ainsi reportée en bas, sur le cou, sera à l'abri des tiraillements, des pressions et l'on aura rapidement une réunion solide des parties molles de l'appareil.

(Gazette des hôpitaux de Toulouse.)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du mardi 27 juin 1899

M. Siffre fait une communication sur les obturations vitrifiées.

Théoriquement, M. Siffre prend l'art de la céramique à ses débuts, en fait un historique complet et établit indiscutablement ses rapports anciens avec l'art dentaire, citant à l'appui les passages probants des ouvrages concernant ces rapports.

Il s'étonne ensuite de voir des étrangers se disputer actuellement la priorité pour une invention qui remonte au XVIIIe siècle environ et dont parlaient Fauchard, Bourdet et Delabarre.

Pratiquement, M. Siffre, qui a, comme il le dit lui-même, tenu à apporter ses appareils, exécute l'obturation d'une dent par un système des plus simples. Le travail paraît satisfaisant à tous. Chacun reconnaît que les procédés précédemment employés par MM. Burt et Amoëdo ne sont que des modifications de cette méthode si simple et, ajoutons-le, fort économique présentée par notre confrère.

M. Ducournau déclare que, tout en reconnaissant le procédé de M. Siffre fort simple dans son ingéniosité, il ne le croit pas plus parfait que les autres, si ce n'est par son économie, ce qui est suffisamment appréciable, car tous les dentistes peuvent ne pas avoir l'électricité chez eux ou dans la ville qu'ils habitent et il faut toujours généraliser pour satisfaire le plus grand nombre ; c'est donc un mérite que l'orateur reconnaît. « Cependant, ne croyons pas, ajoute M. Ducournau, que ce travail de céramique ne soit pas des plus attentifs. Il faut un soin tout particulier pour arriver à un bon résultat et ma patience s'est souvent lassée à ces genres de travaux. »

M. le Dr Amoëdo ne trouve pas le procédé de M. Siffre plus mauvais qu'un autre et se défend d'aucune invention dans ce genre de travaux. Il a cité le procédé dont il se servait, simplement pour prouver que la platine mince pouvait prendre des empreintes parfaites, c'est tout ce qu'il voulait démontrer.

Il ajoute : « Depuis l'emploi courant de l'électricité, des confrères ont trouvé des appareils destinés à acquérir le plus rapidement possible la chaleur suffisante pour les obturations dont il vient d'être parlé. Ces obturations se sont-elles, de ce fait, perfectionnées ? C'est possible, mais il faut déplorer, en ces temps où l'on entend parler du relèvement moral de notre profession, le prix exagéré de ces appareils qui pourrait faire supposer chez les inventeurs une idée de lucre par trop supérieure à la satisfaction du mérite personnel et du devoir accompli. »

M. le Dr Amoëdo fait une communication concernant plusieurs

anomalies dentaires et fait circuler les modèles, dont quelques-uns fort curieux. Rappelant ensuite une séance précédente dans laquelle il avait présenté une seringue de Pravaz modifiée par lui pour en faciliter la stérilisation, il en offre un modèle à la Société.

M. Frison père fait une communication sur des accidents syphilitiques dont les conséquences ont été une déformation complète du maxillaire supérieur. M. Frison a dû faire un appareil reconstituant les parties absentes ; il explique les différentes modifications qui se sont produites depuis qu'il a commencé son sujet et présente les différents modèles et l'appareil définitif.

(Extrait de la *Revue odontologique.*)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. le Rédacteur en chef, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Das sensible Dentine und seine Behandlung.

Nous avons reçu sous ce titre (*La dentine sensible et son traitement*) une étude très complète, en 75 pages, due à M. le Dr Otto Walkhoff, médecin-dentiste à Brunswick. C'est une étude à la fois physiologique et clinique, dans laquelle l'auteur examine successivement les moyens thérapeutiques dont dispose l'art dentaire pour combattre la sensibilité de la dentine, l'histologie et la physiologie de la dentine par rapport à sa sensibilité, l'anatomie pathologique de la dentine hypersensible, les lois physiques et physiologiques à observer dans le traitement de la dentine sensible; il termine en exposant ses méthodes de traitement qui reposent sur l'observation rigoureuse des lois physiologiques.

Quelques figures et deux belles planches microphotographiques ajoutent à la clarté du style de l'auteur.

Brochures diverses.

Nous avons reçu de M. le Dr Scheuer, de Teplitz, un opuscule intitulé *Füllungen mit vulcanisirten Einlagen (Obturations avec des morceaux de caoutchouc vulcanisé).*

Nous avons reçu également de M. le Dr Ricci, de Savone, une brochure qui a pour titre *Actinomicosi della faccia simulante flemmoni ricorrenti di natura dentaria (Actinomycose de la face simulant des phlegmons d'origine dentaire).*

Voir résultats page 104, n° du 30 juillet.





Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, rue de la Tour-d'Auvergne

—o—

Paris, 31 juillet 1899.

EXPOSITION UNIVERSELLE de 1900

GROUPE III

CLASSE 16

MÉDECINE & CHIRURGIE
EXPOSITION RÉTROSPECTIVE

Exposition rétrospective de l'art dentaire.

Monsieur et honoré confrère,

L'Administration de l'Exposition universelle de 1900, groupe III, classe 16, comprenant la médecine et chirurgie, doit faire suivre chaque exposition contemporaine d'une exposition rétrospective.

L'Ecole dentaire de Paris, toujours soucieuse des intérêts scientifiques de l'art dentaire, a pensé qu'il était de son devoir de participer à cette exposition et de chercher par tous les moyens possibles à rendre instructive et intéressante cette exposition rétrospective de l'art dentaire.

Le Conseil d'administration a nommé à cet effet une commission spéciale, chargée d'organiser les différentes sections où l'Ecole dentaire doit exposer.

Cette commission a obtenu de M. le professeur Berger, président de la classe 16 (médecine et chirurgie), l'autorisation d'organiser et de classer elle-même, au milieu de l'exposition rétrospective officielle de la médecine, l'exposition rétrospective de l'art dentaire.

Nos confrères comprendront le grand avantage qu'il y a à ce que cette exposition soit organisée par les dentistes eux-mêmes.

Nous croyons qu'il est inutile de démontrer ici tout le fruit que peut retirer la profession d'une exposition retraçant l'histoire de la chirurgie et de l'art dentaire depuis le commencement du siècle dernier jusqu'à nos jours. Aussi la commission a-t-elle songé à faire appel à tous les dentistes français ou étrangers et à toutes les écoles ou

sociétés pour l'aider à mener à bien cette œuvre d'un intérêt général.

Avec le Musée que l'Ecole dentaire met entièrement à la disposition de la commission, nous aurons déjà un noyau important comprenant près de mille numéros, et avec ce que nos confrères, les sociétés ou les écoles voudront bien nous confier, nous espérons pouvoir reconstituer l'historique de l'art dentaire.

Les objets admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie dentaire, les appareils de prothèse anciens, les instruments de cabinet ou d'atelier présentant un intérêt historique [1], les dessins ou photographies d'appareils et instruments dentaires ; une collection d'ouvrages anciens compléterait cette exposition.

Les différents objets, livres ou gravures qui nous seront confiés seront rangés et exposés, d'après un ordre chronologique et porteront le nom du propriétaire.

L'École Dentaire de Paris pourra prendre à sa charge, dans certains cas, la totalité ou une partie des frais d'expédition. La réexpédition des objets exposés se fera sur la demande des intéressés aux frais de cette Ecole.

Aucun objet exposé ne pourra être dessiné, copié ou reproduit, sans une autorisation de l'exposant.

Il sera dressé un catalogue méthodique et complet de cette Exposition rétrospective, avec le nom de tous ceux qui auront contribué par des prêts à sa formation.

Un diplôme commémoratif de membre participant de l'exposition rétrospective de l'art dentaire sera délivré à toute personne qui aura donné son concours pour son organisation en prêtant des objets.

Le dernier délai accordé pour la réception des objets devant figurer à cette exposition est fixé au 28 février 1900. Passé cette époque, le classement et le catalogue étant faits, il sera impossible d'y ajouter quoi que ce soit.

La Commission de l'Ecole dentaire de Paris prie donc instamment toutes les personnes s'intéressant aux progrès de l'art dentaire de vouloir bien lui confier, pour la durée de l'Exposition, les instruments ou les objets pouvant contribuer à donner à cette Exposition un caractère vraiment scientifique.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Le Président de la Commission.

L. LEMERLE,

Vice-président de l'Ecole dentaire de Paris.

Professeur à cette école.

Conservateur du Musée.

Adresser les objets au nom de M. Lemerle, l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, ou écrire, 35, avenue de l'Opéra, Paris.

---

1. Ces instruments ne peuvent être exposés que s'ils sont d'un volume peu considérable.

Fondation d'une Société dentaire américaine au Japon.

Nous apprenons avec le plus vif plaisir la fondation à Tokio (Japon) d'une Société dentaire américaine, dont le président pour l'année 1899-1900 est notre excellent confrère et ami M. Louis Ottofy, établi actuellement à Yokohama, capitale politique de cet empire.

Cette société a été créée le 3 juin dernier, grâce aux efforts de notre collègue, et comprendra des membres actifs, associés et honoraires. Elle se réunira le 2e samedi de chaque mois et son assemblée générale se tiendra en juin de chaque année.

Nous souhaitons bien vivement à la nouvelle Société de prospérer comme ses aînées d'Amérique et d'Europe et nous envoyons en particulier à M. Ottofy nos félicitations et l'expression de notre sympathie. Ch. G.

Congrès dentaire international de 1900.

Comité central d'organisation du Japon.

Le Comité central d'organisation du Congrès dentaire international de 1900 est composé ainsi qu'il suit :

MM. E. Obata, *Président d'honneur.*
K. Takayama, *Président.*
M. Aoyama, *Vice-Président.*
S. Enomoto, *do.*
Dr. M. Ichinoi, *do.*
Dr. S. N. Isawa, *do.*
Dr. T. C. Suganuma, *do.*
S. Tomiyasu, *do.*
Dr. Louis Ottofy, *Secrétaire.*
M. Araki, *Trésorier.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

Nous extrayons ce qui suit d'un article du « Journal für Zahnheilkunde », *dirigé par M. Erich Richter* D.D.S.

. . . .

Il existe entre les dentistes et les stomatologistes des querelles qui ont pour conséquence en France que les seconds se rattacheront au Congrès International des sciences médicales de 1900 et ignoreront l'existence du 2e congrès dentaire international qui se tiendra à Paris la même année.

Nous autres, chirurgiens-dentistes, nous regretterons et nous nous

consolerons qu'en Allemagne un petit groupe — celui des médecins-dentistes — se soit prostitué et avec lui toute la profession de telle manière qu'il ait mendié la formation d'une section dentaire dans ces congrès et se soit bien trouvé, même à celui de Moscou, à l'ombre d'une assemblée où on lui accordait l'aumône de la compassion pour le sustenter, parce que les membres qui le composaient n'étaient pas dignes de devenir membres du Congrès.

. . . .

C'est parmi ceux-là que les stomatologistes français cherchent des prosélytes pour constituer leur section odontologique du Congrès médical international de 1900.

. . . .

Nous allons partout recruter des adhérents pour le Congrès *dentaire* international de Paris et montrer aux stomatologistes que nous autres, chirurgiens-dentistes, nous ne voulons pas revêtir le corset médical avant d'avoir débarrassé la maison des importuns qui la troublent.

Nous ne voulons plus marcher à la remorque des médecins et nous voulons déclarer une bonne fois bien haut que nous avons par nous-mêmes placé la dentisterie sur le piédestal élevé qu'elle occupe aujourd'hui dans la science.

. . . .

XIII[e] Congrès international de médecine

M. le D[r] Ferrier nous demande l'insertion suivante :

Le XIII[e] Congrès international de médecine se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900. Ce Congrès comprendra une section de Stomatologie à laquelle seront admis les docteurs français et étrangers qui s'occupent de cette branche médicale.

Le Bureau du Comité d'organisation de cette section a été ainsi constituée :

Président........................	D[rs] Pietkewicz.
Vice-Présidents..................	Cruet. Gaillard.
Secrétaire général..............	Ferrier.

N. B. Toute communication, toute demande de renseignements devra être adressée au Secrétaire général, D[r] Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Concours pour une place de chef des travaux pratiques du laboratoire de prothèse.

Art. I[er]. — Le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris

décide l'ouverture d'un concours pour une place de chef des travaux pratiques du laboratoire de prothèse.

Ce concours aura lieu le dimanche 1er octobre, à neuf heures du matin, au siège de l'École, 45 rue de la Tour-d'Auvergne. Le jury procédera dans cette séance à l'examen des titres des candidats.

Jury.

Art. II. — Le jury se composera de quatre membres : le directeur de l'École, le professeur de prothèse et deux professeurs dentistes tirés au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assistera aux opérations du jury.

Epreuves.

Art. III. — Le concours comportera :

1° Une leçon orale sur un malade. Le candidat aura un quart d'heure pour faire l'examen du malade, au point de vue de la restauration de la bouche par la prothèse dentaire, en présence d'un membre du jury, et un quart d'heure pour exposer les résultats de son examen.

2° Une épreuve pratique comprenant l'exécution d'un travail de prothèse choisi par le jury.

3° Une dissertation écrite sur un sujet tiré au sort parmi cinq questions prises dans le programme du cours et porté à la connaissance des concurrents huit jours à l'avance.

Les candidats auront deux heures pour traiter cette question sans s'aider de livres ou de notes.

Ce travail sera lu et soutenu devant le jury.

Une seule question sera tirée au sort pour l'ensemble des concurrents.

Le classement sera établi par le nombre de points obtenu, dont le maximum — 90 points — est réparti comme suit :

Titres des candidats	titres universitaires.	5	30 points.
	id. dentaires.....	5	
	travaux scientifiques	20	
Épreuve pratique..........................		15	60 points.
id. orale..........................		15	
Dissertation écrite		30	
			90 points.

Minimum fixé par la commission d'enseignement: 60 points.

Les points de titres seront donnés par le jury avant la première épreuve.

Les points obtenus seront annoncés à la fin des épreuves qui suivront.

Le minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Nomination.

Art. IV. — La nomination est proclamée par le Conseil d'administration de l'école, d'après les rapports adressés par le jury de concours.

Conditions d'admission au concours.

Art. V. — Etre âgé de vingt cinq ans au moins ;

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine ;

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une école dentaire ou établissement similaire ;

Faire partie de la Société civile de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris ;

Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur ;

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et avoir rempli pendant deux ans au moins les fonctions de démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celles sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

Fonctions [1].

Art. VI. — Le chef des travaux pratiques du laboratoire est chargé de la surveillance des travaux et de l'enseignement qui est donné au laboratoire l'après-midi.

Il donne aux étudiants les notes du carnet scolaire en ce qui concerne la confection des appareils exécutés au laboratoire dans l'enseignement par séries.

Il est tenu d'assister deux fois par semaine — les mardis et vendredis — de trois à cinq heures, au travail du laboratoire et doit faire chaque jour de service une démonstration d'une heure au moins sur les travaux indiqués par le programme.

Il est tenu également d'assister chaque samedi à la clôture des travaux exécutés dans la semaine, afin de contrôler l'enseignement donné et de signer le carnet des élèves.

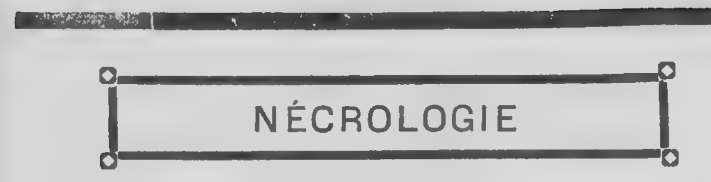
Examens du certificat d'études.

Les examens du certificat d'études secondaires exigé des candidats au grade de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris les mercredi 25 et jeudi 26 octobre prochain (2e session de 1899).

Les inscriptions seront reçues à la Sorbonne du 15 septembre au 21 octobre inclus.

---

1. Une indemnité annuelle de 600 francs est allouée au chef des travaux pratiques de prothèse.



NÉCROLOGIE

M. BILLEBAUT

Nous apprenons que notre confrère M. Billebaut vient de mourir à l'âge de 40 ans, après une longue et douloureuse maladie.

Diplômé de l'École dentaire de Paris en 1886, de la Faculté de médecine en 1894, il avait occupé les fonctions de démonstrateur à l'École dentaire de Paris (1892 à 1897), de membre du Conseil de l'Association générale des dentistes de France (1892 et 1893) et du Conseil de la Société civile de l'École (1892, 1893, 1894).

Durant ces dernières années il s'était adonné à des recherches dans le but d'arriver à la fabrication des dents artificielles et ses résultats étaient des plus encourageants. Il avait fait installer dans son laboratoire de Sannois des fours, des broyeuses, ainsi que tout le matériel nécessaires à la confection des pâtes. Pendant les courts répits que lui laissait la souffrance il songeait avec joie au plaisir qu'il éprouverait à faire à la Société d'Odontologie de Paris son intéressante communication sur les *Dents artificielles.*

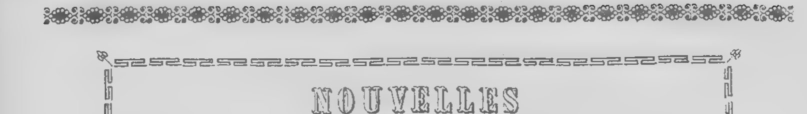
La mort est venue mettre un terme à ses travaux.

L'inhumation a eu lieu à Ligny-le-Chatel, lieu de naissance du défunt.

Deux couronnes ont été déposées sur sa tombe au nom de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Nous prions la famille et particulièrement la veuve du défunt, qui fut jour et nuit à son chevet pendant sa maladie, d'agréer l'hommage de nos bien vifs regrets.

E. B.



NOUVELLES

Thèse de doctorat.

Un de nos excellents confrères de province, M. Henri Duvoisin, de Chartres, D. E. D. P., démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste de la Faculté, vient de soutenir brillamment sa thèse de doctorat devant la Faculté de médecine de Paris.

Ce très intéressant travail, intitulé « Des ligatures artificielles dans le traitement du cancer de la langue », lui a mérité la note « bien satisfait ».

Nous adressons à notre ami Duvoisin nos vives félicitations et nous admirons la courageuse persévérance qu'il a mise à poursuivre ses études médicales, sans négliger pour cela de s'occuper de son cabinet.

E. P.

Conseil supérieur de la mutualité.

Nous extrayons ce qui suit du Journal officiel *des 27 juillet et 16 août* 1899.

En exécution de l'arrêté ministériel en date du 14 juin 1899, l'élection pour la nomination au Conseil supérieur de la mutualité du représentant des syndicats médicaux des départements et de Paris a eu lieu les 9 et 23 juillet 1899.

La commission de recensement des votes instituée au Ministère de l'Intérieur par arrêté en date du 22 juillet 1899 s'est réunie le 26 du même mois et a proclamé les résultats suivants :

Suffrages exprimés : 98.
Majorité absolue : 50.

Ont obtenu :

MM.	Pouliot (Dr)	42 voix.
	Landes (Dr)	16 —
	Cezilly (Dr)	8 —
	Archambaud (Dr)	8 —
	Godon	6 —
	Divers	18 —

Ballottage.

Le scrutin de ballottage a eu lieu le 6 août; la commission de recensement des votes s'est réunie le 16 et a proclamé les résultats suivants :

Suffrages exprimés : 66.

Ont obtenu :

MM.	Pouliot (Dr élu)................	35 voix.
	Archambaud (Dr)...............	12 —
	Landes (Dr)....................	8 —
	Cezilly (Dr)....................	5 —
	Divers..........................	6 —

Société gynécologique de Paris.

Lors de sa dissolution, la Société obstétricale et gynécologique de Paris avait exprimé le désir de voir se reconstituer avec une partie de ses membres s'occupant plus spécialement de gynécologie une Société gynécologique à laquelle elle laissait ses archives et ses collections.

C'est chose faite aujourd'hui. La *Société gynécologique de Paris* vient de se constituer, sous la présidence de M. le Dr Peyrot. M. le Dr Olivier a accepté les fonctions provisoires de secrétaire général.

Ce n'est qu'après les vacances que seront définitivement votés les statuts de la nouvelle Société.

Prière d'adresser toutes les communications à M. le Dr Olivier, 6, rue de Maubeuge.

Nomination d'officier d'académie

Nous apprenons la nomination de M. Toulouse (Grégoire-Arthur), chirurgien-dentiste à Paris, au grade d'officier d'académie.

Nos compliments au nouveau promu.

Avis.

Il vient d'être créé à l'Ecole dentaire de Paris deux places *d'aide de clinique*, rétribuées 500 francs par an chacune, pour 2 heures de présence trois fois par semaine (le matin de 8 h. à 10 h.), plus un dimanche sur deux.

Les candidats à ces postes sont invités à adresser leurs demandes au Secrétaire général, Dr Sauvez.

Il sera procédé à la nomination au choix, à la suite d'un concours sur titres.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 72. — *Quelle est la température maxima que peut donner le fourneau électrique à émail fabriqué par la maison* Weiss *et* Schwarz *de Vienne ?*

? N° 73. — *Comment peut-on effacer les taches de fer sur les dents ?*
Dr A. R.

? N° 74. — *Dans le traité de pharmacologie de Schaeffer-Stuckert, il est défendu d'employer les huiles volatiles pour la préparation de l'eau dentifrice au thymol. Pourquoi ?*
W. K.

? N° 75. — *Quels sont les inconvénients du thymol comme dentifrice ?*
W. K.

? N° 78. — *Quelle est la formule exacte du triborate d'ammoniaque et quelle quantité en faut-il ajouter au plâtre délayé afin d'augmenter sa dureté ?*

? N° 79. — *Quel est le ciment qui se rapproche le plus de l'ancien* Rostaing *quant aux avantages ?*

? N° 80. — *Quel est le vernis le plus adhérent pour recouvrir un ciment afin d'éviter que celui-ci ne soit trop tôt mouillé ?*

? N° 81. — *Quel est le mélange le plus parfait pour activer la guérison de la bouche et des alvéoles après des extractions multiples ?*
L. L.

? N° 82. — *Peut-on m'indiquer, pour injections, un bon anesthésique, pouvant être employé en toute sécurité, c'est-à-dire sans contre-indication, préparé en ampoules stérilisées ? Si oui, où se le procure-t-on ?*
G. D.

19e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1899 IIe Série. Vol. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

LES CALCOSPHÉRITES ET LA CALCIFICATION

Par M. Charles Charpentier,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris,
Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Quoique dans l'organisme les calcifications aient une étendue considérable, elles sont restées longtemps à l'état de question obscure, probablement parce qu'on ignorait les travaux auxquels elles ont donné lieu. Certaines tumeurs, certaines épulis, par exemple, présentent à l'examen microscopique des corps spéciaux, des sphères irrégulières, qu'on a nommés *calcosphérites* et dont le rôle paraît être très important dans les phénomènes divers de calcification.

Harting, le premier, les a obtenus par synthèse en déposant dans une assiette de l'albumine, du chlorure de calcium et du carbonate de potassium. Ces sels se dissolvent peu à peu et vont à leur rencontre réciproque pour produire au bout de quelques semaines des corpuscules calcaires. Les *calcosphérites* se déposent par couches concentriques en prenant des formes diverses ; dissous dans l'acide acétique il en reste un stroma de substance albuminoïde, la

calcoglobuline, qui a la propriété d'absorber les substances pigmentaires mises en sa présence, que ces substances soient d'origine animale ou d'origine végétale.

Chez les animaux inférieurs les calcosphérites se rencontrent en grand nombre dans les otolithes, les mammilles de la coque de l'œuf des oiseaux, les sclérodermites des alcyonaires, les coccolithes, les cyatolithes, les perles, les discolithes, et peuvent, comme l'a fait Harting, être reproduits artificiellement. Chez les végétaux von Nathusius les étudie histologiquement, les colorant avec du chlorure d'or au 1/1000, tandis que Robin Dastre et Morat signalent dans les reins d'enfants morts-nés, les urines du cheval, du lapin, la salive du chien, des masses sphériques groupées autour d'un centre et qui ne sont autres que des calcosphérites. Ces corps, comme on le voit, ont donc une très grande extension dans les deux règnes ; au point de vue pathologique ils paraissent aussi jouer un grand rôle.

M. A Petit observe des calcosphérites sur un zèbre décédé au Muséum. Il trouve dans la poche d'un kyste volumineux du rein droit de cet animal des cristaux d'oxalate de chaux et des sphérolithes variés. Traitée par l'acide sulfurique, la masse intra-kystique donne un dégagement d'acide carbonique et du sulfate de chaux cristallisé ; le stroma organique qui reste et n'est pas détruit par l'acide se colore bien par le vert de méthyle.

Les *calcosphérites* peuvent, comme nous l'avons déjà dit, présenter des variétés de forme très grandes. On les rencontre sous forme de petites sphères qui, en se groupant, constituent des masses, en bâtonnets ayant une double striation radiale et concentrique, en croix de Saint-André, en chapelets, en sablier. Ils sont en général lisses et prennent les colorants d'autant plus facilement qu'ils sont plus petits (violet de gentiane, vert de méthyle). A la lumière polarisée sur champ noir, c'est-à-dire lorsque les nicols sont croisés, on observe le phénomène de la croix noire à branches épanouies et des anneaux concentriques, mais seulement sur les gros calcosphérites, car la netteté des images

diminue suivant la grosseur des masses ; la lumière convergente ne donne plus ces phénomènes.

Au point de vue pathologique, chez l'homme, les calcosphérites ont été signalés dans un chondro-myxo-sarcome de l'humerus (Prof. Le Dentu), dans une tumeur du maxillaire (idem). Les parties de l'os étaient occupées par un nodule brunâtre composé d'îlots irréguliers, dans l'intervalle desquels se voyait un coagulum rempli de calcosphérites. Traité par un acide, la formation de bulles d'acide carbonique dénotait leur nature calcaire, ils présentaient la double striation concentrique, striation plus accentuée après décalcification. Vis-à-vis des masses osseuses les calcosphérites affectaient divers rapports : les uns étaient disséminés dans le coagulum, d'autres étaient en contact avec le tissu osseux, d'autres encore étaient englobés dans ce dernier. Ces corps sont encore décrits par Ebstein dans des calculs urinaires, par Olivier dans un cancer du sein droit chez une femme. Personnellement, nous en avons rencontré dans une épulis ; certaines productions pathologiques dans le règne végétal nous ont fait observer aussi des corps calcaires, mais nous ne pouvons affirmer leur identité avec les corps qui nous occupent.

En résumé, on doit considérer les calcosphérites comme des formations répandues chez tous les êtres, leurs éléments étant fournis par les vaisseaux et les albuminoïdes ; ils sont dus aux forces physico-chimiques et ne sont nullement des produits de l'activité vitale spéciaux à certains animaux ; ils établissent l'origine cellulaire des corps calcaires dans un grand nombre de cas et, par suite, peuvent servir d'explication aux phénomènes de calcifications pathologiques.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿. **Touvet-Fanton.** } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✻, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✻, ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✻ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nimes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✻, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 juillet 1899.

Présidence de M. LEMERLE, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. Lemerle. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au sujet du procès-verbal de notre séance du 2 mai publié dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 juin ?

Aucune observation n'est formulée ; le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Lemerle communique une lettre d'excuses de M. Choquet, empêché d'assister à la séance par la maladie de sa femme ; il fait part également des excuses de MM. Sauvez et Godon.

I. — L'IPSILÈNE IODOFORMÉ ET L'IPSILÈNE OSSEUX EN ART DENTAIRE, PAR M. D'ARGENT.

M. d'Argent donne lecture d'une communication sur ces sujets et *présente l'appareil* (Voir *Travaux originaux*, page 149, n° du 30 août).

DISCUSSION

Quelques membres demandent quelques explications sur l'emploi de ces médicaments.

M. d'Argent. — Dans les pulvérisations d'ipsilène osseux, qui se font après stérilisation de la plaie, par l'ipsilène iodoformé, on a constaté qu'en fort peu de jours une cavité osseuse, d'origine pathologique, était comblée. On est très indécis sur la nature du cal qui se forme, et des physiologistes éminents procèdent à des recherches par des autopsies faites sur des animaux traités par ce produit. Je fais des applications de cet agent dans certains cas de lésions des maxillaires pour reconstituer ceux-ci.

En ce qui concerne l'ipsilène iodoformé, voici un exemple typique de son emploi. Etant donné une fistule dentaire, je procède par les voies ordinaires : j'élargis le canal radiculaire et je fais une chasse d'ipsilène iodoformé dans la racine en lutant la canule tout autour, après avoir établi une communication entre la fistule et la racine. Je

suis obligé, à cause de l'épaisseur du liquide, d'avoir une canule qui ne soit pas absolument filiforme, sans cela l'orifice serait obstrué ; je substitue donc une canule spéciale à celle que porte l'appareil et je fais passer un courant qui passe de la racine à l'orifice de la fistule. Après une ou deux injections, il n'y a plus de trajet fistuleux et, l'on peut considérer la lésion comme bien guérie.

Dans les cas d'abcès j'incise et j'envoie une forte pulvérisation sur le fond de la cavité. En général une ou deux pulvérisations suffisent.

M. Pont. — Ce procédé rappelle celui de Verneuil pour les abcès tuberculeux ; mais n'a-t-on pas essayé l'éther iodoformé pour les abcès dentaires ?

M. d'Argent. — Je ne crois pas ; en tout cas, ce produit et d'autres analogues ne se fixent pas dans les trajets comme l'ipsilène iodoformé.

M. Pont. — Le manuel opératoire serait sans doute moins compliqué.

M. d'Argent. — Avec l'éther il y a une grande perte du produit. Il n'en est pas de même avec l'ipsilène iodoformé : son extrême diffusion, son étalement et sa fixité sont ses qualités propres.

II. — Deux cas d'implantation dentaire consolidée, par M. le Dr Amoëdo.

M. le Dr Amoëdo donne lecture d'une note sur ce sujet et présente la malade, ainsi que les moulages (V. n° du 15 août, p. 105).

DISCUSSION

M. Lemerle. — Il sera bon de suivre la malade, car cette opération ne réussit pas toujours, et l'avenir seul nous dira ce qu'elle vaut dans ce cas.

M. Meng. — Ce sont les parois qui manquent, d'après vous ? D'après moi, c'est la racine. Sur deux implantations que j'ai faites, une a duré deux ans, l'autre sept ans.

M. Mendel Joseph. — Quand j'étais élève à l'école, j'ai transplanté une petite molaire d'une jeune fille de 17 ans à sa mère ; j'ai revu cette dame cette année, et la dent va bien.

M. Meng. — Cette durée m'étonne.

M. Mendel Joseph. — Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le tissu est moins dense.

M. Meng. — Toutes les racines implantées sont rongées par des cellules géantes.

M. Mendel Joseph. — Ce n'est pas forcé.

M. Meng. — Les implantations et réimplantations périssent par résorption de la racine.

M. Ronnet. — J'ai une patiente à laquelle j'ai fait une transplantation en 1882 ; elle porte cette dent depuis cette époque. Il y a de la résorption, c'est évident.

M. Mendel Joseph. — C'est la racine qui se résorbe, mais ce travail de résorption est corrélatif à celui de l'alvéole.

M. Richard-Chauvin. — Il y a plusieurs facteurs à envisager : le terrain ou état général et l'état local. En opérant sur une dent ou une racine infectées depuis longtemps, il faut s'attendre à une durée moindre que si les conditions sont normales. Il m'est arrivé, il y a douze ou quatorze ans, de réimplanter une racine d'une dent cassée violemment, à laquelle je ne voyais pas la possibilité de mettre une couronne ; eh bien, la dent dure encore ! J'attribue ce résultat à la santé parfaite de l'individu : j'opérais sur une dent sans atteinte pathologique.

M. Ronnet. — La santé joue le rôle principal et les résultats sont en rapport inverse de ce qu'on ressent. J'ai eu des dents très infectées, implantées dans des conditions défavorables et qui réussissaient ; d'autres fois la dent tombait toute seule. En règle générale, si vous avez affaire à un sujet sain, la dent persiste.

M. Mendel Joseph. — Les conditions de résorption dépendent de conditions variées, et les dents jeunes ont plus de chance de prendre.

M. le Dr Amoëdo. — Mes constatations cliniques me mettent en contradiction avec M. Mendel Joseph. J'ai observé qu'une dent plus dense résiste plus à la résorption qu'une dent jeune et que la dent la plus dure persiste le plus longtemps. A mesure que la résorption se produit, il y a prolifération de l'os. La résorption avec du pus n'est pas une résorption ; c'est, d'après Ranvier, une ostéite raréfiante ; mais quand le travail de consolidation d'une dent implantée se fait physiologiquement, il y a en même temps prolifération de la paroi alvéolaire.

M. Mendel Joseph. — Quand la dent tombe, avec la résorption de la racine il y a résorption de l'alvéole ; il y a un travail de régression générale. Quant au travail primitif, il y a une sorte d'hyperplasie.

M. le Dr Amoëdo. — Les faits cliniques m'ont démontré le contraire, car toutes les fois que j'ai eu à faire une implantation une deuxième fois, j'ai toujours trouvé les procès alvéolaires plus développés et l'os plus dense qu'au moment de la première intervention ; mais chez les individus vigoureux, dont les muscles sont plus puissants et qui mangent avec plus de vivacité, il y a souvent fracture de la dent implantée.

M. Ronnet. — En général chaque fois que mon malade n'avait pas de douleur lors de l'opération, il me revenait un an après, sa dent à la main; au contraire, quand il éprouvait de la douleur, la dent tenait. D'ordinaire il y a résorption, une seule fois j'ai vu de la condensation.

M. le Dr Amoëdo. — Dans un milieu non infecté la réussite est presque sûre.

M. Ronnet. — Il ne faut réimplanter que quand tous les autres moyens ont été épuisés, et avec l'infection totale de la bouche je ne crois plus à la réimplantation.

M. Pont. — Nous sommes tous d'avis qu'on ne peut pas réimplanter dans un milieu septique ; mais la douleur que signale M. Ronnet n'a rien à voir dans la réussite. Avant de réimplanter il faut s'assurer que le périoste est sain et, s'il y a provocation d'adhérence, cela indique la réussite.

III. — De l'insensibilisation dentinaire cataphorétique, par M. Weber.

M. Weber donne lecture d'une communication sur ce sujet (*Sera publié*).

DISCUSSION

M. Pont. — Je suis très heureux d'avoir entendu la communication de M. Weber et personnellement je le remercie. La cataphorèse est en effet un sujet qui mérite d'être connu, et je suis persuadé que lorsqu'il aura été étudié et expérimenté plus longuement, il rendra d'immenses services à notre profession.

Il y a un an environ que je m'occupe un peu spécialement de la cataphorèse, car j'ai l'intention d'en faire le sujet de ma thèse. Je ne vous exposerai donc pas tout ce qu'on pourrait dire là-dessus ; je me contenterai seulement de vous exprimer quelques idées personnelles sur le point particulier choisi par M. Weber.

Définition : « La cataphorèse consiste à faire pénétrer des substances médicamenteuses à travers les tissus de l'organisme sous l'influence du courant galvanique. » Pour ce qui nous concerne, nous devrions ajouter « de faible intensité », car en art dentaire nous devons toujours employer un faible courant, contrairement aux médecins qui, eux, peuvent et doivent souvent employer des courants de haute intensité.

C'est à dessein que dans cette définition je n'indique pas dans quel sens du courant passent les médicaments, car si, pour l'anesthésie de la dentine, le passage de la cocaïne se fait du pôle positif au pôle

négatif, il n'en est plus de même pour beaucoup d'autres substances comme l'iode, l'eau oxygénée, etc.

Cela nous explique pourquoi certains auteurs ont répété l'expression de cataphorèse qui vient de deux mots grecs (κατα, en bas, φορεο, je porte : porter en bas, vers le cathode, vers le pôle négatif).

Cette dénomination est aussi incomplète que celle d'anaphorèse qu'on a voulu lui substituer (ανα, en haut, φορεο, porter : porter vers l'anode).

A mon avis, c'est *électrophorèse* qu'il faudrait dire. Cette expression aurait du moins l'avantage de rappeler celle d'électrolyse et ne serait pas incomplète comme les deux autres. Mais le mot de cataphorèse est le plus connu ; aussi est-il préférable de le conserver, sinon on risquerait d'être fort embarrassé pour choisir parmi tous les noms qu'on a voulu lui donner (osmose électrique, électrolyse interstitielle, etc. etc.) Pour ce qui concerne les phénomènes de la cataphorèse (ce que nous pourrions appeler la pathogénie de la question), je rappellerai seulement que toutes les théories émises peuvent être réunies en trois groupes.

Les uns admettent que le courant agit seul ; les autres invoquent une action osmotique ; enfin la plupart disent qu'il s'agit là d'un phénomène pur et simple d'électrolyse.

La première théorie doit être rejetée, car si l'action anesthésique du pôle positif peut être invoquée lorsqu'il s'agit de calmer la sensibilité de la dentine, il n'en est pas moins vrai que ce n'est pas là toute la cataphorèse et que cette action ne peut plus être admise lorsqu'il s'agit de traiter un 4e degré, de blanchir une dent et même d'extraire une pulpe. Sans nier en effet l'action anesthésique du pôle positif qui a été prouvée depuis Remak, je dois dire toutefois qu'avec le courant seul je n'ai jamais obtenu l'anesthésie de la dentine, sauf chez les sujets nerveux et faciles à suggestionner.

M. Weber vous a décrit l'instrumentation ; je n'y reviendrai donc pas ; je me contenterai seulement de vous dire que pour les électrodes positives je préfère (lorsqu'il s'agit d'insensibiliser la dentine) me servir d'un simple fil de platine terminé par une petite boule du même métal. On fixe cette dernière dans la cavité au moyen d'un peu de gutta. Avec cette électrode on n'a pas à craindre les secousses douloureuses provoquées par une interruption, une augmentation ou une diminution trop brusque du courant. C'est ce qui arrive presque fatalement lorsqu'on se sert d'une électrode qu'il faut maintenir soi-même dans la cavité, cette dernière ayant en outre l'inconvénient d'immobiliser la main droite de l'opérateur.

Pour ce qui concerne l'électrode négative, je suis d'avis également de l'appliquer sur la main du patient ; je fais toutefois une restriction pour les enfants ou les sujets pusillanimes et craintifs pour lesquels

je me sers de l'électrode de Klingelfuss (de Bâle). Cette électrode s'applique sur la joue et se compose d'une plaque en caoutchouc pour l'extérieur et d'une plaque métallique pour l'intérieur de la joue. De cette façon on n'est pas sous la dépendance de son patient et l'on n'a pas à craindre l'interruption du courant.

Comme source de courant je me suis servi jusqu'à maintenant des piles sèches de Klingelfuss; mais je crois, contrairement à quelques auteurs, qu'on peut se servir sans crainte et sans inconvénient du courant de la ville.

Ce courant, qui est de 110 volts, est réduit au moyen d'un voltsélecteur de telle sorte que le courant utilisé ne peut pas dépasser 16 à 18 volts. Enfin au moyen d'un rhéostat on peut graduer le courant employé aussi insensiblement qu'on le désire. C'est là une condition indispensable et je ne comprends pas pourquoi quelques-uns ont dit que le rhéostat n'est pas nécessaire.

Il faut non seulement pouvoir augmenter très graduellement son courant, mais se rappeler aussi que pour l'anesthésie de la dentine un courant, supérieur à 5 ou 6 dixièmes de milliampères est absolument inutile. Je ne dis pas nuisible, car je suis convaincu qu'un courant de 3 à 4 milliampères ne peut avoir aucune action néfaste pour la pulpe; mais il est inutile, je le répète, de dépasser 5 ou 6 dixièmes de milliampère.

Jusqu'à maintenant on a exagéré, je crois, l'intensité du courant et la durée d'application. Cette dernière ne doit pas dépasser 4 à 5 minutes. J'ai fait des recherches et des expériences à ce sujet et je suis arrivé à me convaincre qu'avec ce courant de 5 dixièmes de milliampère appliqué 4 à 5 minutes on obtient le maximum comme résultat. J'insiste donc sur ce fait : il est inutile de se servir d'un courant plus fort et l'on perd son temps en l'appliquant plus longtemps.

Quant à la solution de cocaïne, le titre importe peu, car j'ai obtenu les mêmes résultats avec des solutions faibles et des solutions fortes. Actuellement je ne me sers jamais de solutions toutes préparées, qui peuvent, comme chacun le sait, s'altérer rapidement; j'entoure l'extrémité de mon électrode positive d'un peu de coton de façon à obtenir une boule proportionnée à la cavité.

Je plonge l'électrode ainsi préparée dans l'eau distillée, j'enlève l'excès d'eau avec un peu de coton ou de papier japonais et je fais tomber ensuite quelques cristaux de cocaïne sur l'électrode.

Je m'arrête, bien que je n'aie pas tout dit sur cette question. Je me suis contenté de vous exposer mes idées personnelles sur le point particulier traité par M. Weber, me réservant, comme je vous le disais au début, de traiter à fond la question de la cataphorèse dans un travail ultérieur. Nous pouvons conclure de tout ce qui précède

que pour obtenir l'anesthésie de la dentine la cataphorèse est une méthode sûre, rapide, et par conséquent très pratique.

Les deux autres théories, celles de l'osmose électrique et celle de l'électrolyse, doivent être admises toutes deux, car certains médicaments sont transportés en masse comme si la substance médicamenteuse passait à travers les tissus sous une influence osmotique pure et simple ; d'autres au contraire sont décomposés en anions et cathions et subissent l'action électrolytique du courant.

C'est là un point délicat de la question qui mérite d'être étudié plus attentivement et sur lequel je reviendrai d'ailleurs plus longuement dans ma thèse.

Pour cette raison je passerai immédiatement à l'étude du manuel opératoire.

Lorsqu'on est en présence d'un cas de dentine sensible, il faut toujours placer la digue, si l'on veut obtenir des résultats positifs avec la cataphorèse. La dent doit être protégée contre la salive absolument comme pour une aurification à l'or adhésif, car sans cela on risquerait d'avoir non seulement une grande déperdition du courant, mais ce dernier pourrait même ne pas passer du tout par la dent. La dentine est un mauvais conducteur relativement à la salive et aux tissus mous.

Lorsqu'il s'agit d'enlever une pulpe, il faut également mettre le digue avant de faire la cataphorèse, ne serait-ce d'ailleurs que pour avoir un champ opératoire aseptique. Je crois néanmoins qu'il est inutile d'isoler toute la cavité avec de la gutta, car, la pulpe étant un organe meilleur conducteur que la dentine, il n'y aura pas de déperdition du courant en faveur de cette dernière.

En ce qui concerne l'extraction d'une dent, je crois que la cataphorèse ne peut pas être d'une grande utilité. Personnellement j'ai obtenu, comme tous ceux qui se sont occupés de la cataphorèse, certains succès ; mais dans la généralité des cas la cataphorèse pratiquée en vue d'une extraction ne donne aucun résultat.

Sur ce point elle me paraît moins pratique et surtout moins efficace que l'injection de cocaïne. Ces insuccès peuvent être expliqués très facilement à mon avis : les électrodes étant placées sur la gencive, il y a forcément une diffusion et une déperdition du courant ; d'un autre côté les tissus mous étant meilleurs conducteurs que le tissu osseux, le courant ne passera pas par l'alvéole et se diffusera. On sait d'ailleurs qu'Erb a démontré depuis longtemps que le courant ne passe pas à travers les tissus en ligne droite du pôle positif au pôle négatif, mais qu'il se diffuse aussitôt arrivé dans l'organisme.

Mais le fait le plus probant, selon moi, résulte des expériences du docteur Aubert, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille. Cet auteur a démontré par une série d'expériences très concluantes que la profon-

deur à laquelle le courant, par lui-même, pousse les substances qu'il fait pénétrer, paraît faible.

Ainsi donc, la cataphorèse cocaïnique employée comme agent anesthésique en vue d'une extraction produira simplement l'anesthésie de la muqueuse et à ce point de vue son action sera simplement équivalente à un badigeonnage à la cocaïne. Jusqu'à nouvel ordre je n'emploierai pas la cataphorèse pour les extractions.

L'assemblée s'ajourne à octobre et se sépare à 11 h. 1/4.

Le Secrétaire général,
J. CHOQUET.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 27 juin 1899.

Présidence de M. SIFFRE.

M. Frison donne définitivement son avis sur les appareils de contention qui, suivant lui, ne sont nécessaires que lorsque l'articulation vient contrarier la nouvelle position de la dent redressée.

M. le Dr Amoëdo fait une communication intitulée : « Deux cas d'implantation dentaire consolidée ».

Cette communication montre un succès qu'il obtint avec une racine ayant déjà supporté un appareil d'abord et une dent de Logan ensuite. L'orateur expose toutes les phases de l'opération [1]. La racine implantée étant plus forte que la racine extraite, il dut fraiser sa cavité pour arriver à placer cette nouvelle dent — qui tint dès le premier jour, mais dut être maintenue 3 mois, ligaturée avec un fil de platine.

(Extrait de la *Revue odontologique*.)

---

1. V. *L'Odontologie* du 15 août.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 16 janvier 1899.

Présidence de M. Cruet.

I. — Présentation d'un malade.

M. Lempert présente un malade chez lequel on constate l'évolution anormale de la dent de sagesse inférieure gauche, pour l'extraction de laquelle plusieurs tentatives avec des daviers ou la langue de carpe ont échoué.

M. Saussine demande à l'orateur pour quelle raison il veut extraire cette dent.

M. Lempert croit l'extraction urgente parce que le malade a eu des abcès à répétition, qu'il y a eu menace de phlegmon et qu'enfin les accidents d'ostéo-périostite pourraient occasionner la nécrose.

M. Rodier trouve bien suffisantes les fistules cutanées pour convaincre de l'utilité de l'intervention, le malade ne pouvant du reste guérir d'autre façon. Il conseille d'employer le davier à prémolaires supérieures qui passe toujours, ou la langue de carpe qui luxera facilement la dent.

M. Sauvez trouve l'opération peu difficile dans ce cas; les deux tiers de la couronne sont dans la joue, mais la langue de carpe ordinaire doit donner un résultat sûr et rapide si l'on endort le malade au protoxyde d'azote ou au bromure d'éthyle et si un aide tient bien en main le maxillaire.

M. Gaillard constate que le sujet présenté a peu de contracture. Le trismus vrai oblige à l'anesthésie générale. Il a eu un malade qui ayant des ganglions et étant menacé d'un phlegmon n'a dû sa guérison qu'à l'extraction de sa dent avec la clef de Garengeot. On est quelquefois obligé d'adapter le crochet non entre les deux tiges du panneton, mais à la branche postérieure seulement. Dans le cas qu'il cite il avait échoué avec la langue de carpe, ainsi qu'avec le davier à pinces de homard dont il décrit la forme et l'application.

M. Pietkiewicz dit que dans ce cas, relativement facile, la langue de carpe doit suffire avec d'autant plus de raison qu'elle ne peut produire ici la blessure sur la muqueuse dont on peut la rendre responsable.

M. Gourc est d'autant plus convaincu des bons résultats que peut donner le davier-pince qu'il doit à M. Gaillard d'en connaître le maniement et qu'il l'emploie dans le service de Saint-Antoine, mais lorsqu'il y a du trismus cette pince ne peut passer. Il a eu un cas, il y a

un mois, dans lequel, après de nombreuses tentatives, il n'a pu saisir la dent qu'avec le davier à racines étroit, long et légèrement courbé dont il se sert dans le même service hospitalier. Cette dent émergeait de la face externe du maxillaire inférieur droit. La plupart du temps la contraction empêche l'usage de la langue de carpe.

M. Sauvez insiste dans ce cas particulier sur la langue de carpe parce que la dent de sagesse est à un niveau bien inférieur à celui de la dent antérieure.

M. Saussine croit que le maxillaire empêchera l'application de la langue de carpe; il faudrait, selon lui, et c'est souvent ce qui arrive, enlever la deuxième molaire.

M. Cruet, d'accord avec ses collègues, juge l'extraction urgente; chacun a donné son moyen, mais la dent n'est pas très solide, car les phénomènes d'inflammation et les fistules externes consécutives ont certes affaibli ses attaches. La langue de carpe ordinaire est suffisante; on pourrait aussi employer un davier courbé non sur le côté mais sur la face, la contracture étant très légère.

II. — Deux observations de gangrène grave de la bouche, par M. Pierre Sebileau.

M. Sebileau communique deux observations qu'il fait précéder et suivre de considérations diverses.

Il divise de la manière suivante les complications infectieuses générales accompagnées de processus locaux et consécutives aux suppurations de la bouche : 1° septicémies gangréneuses de la cavité buccale ; 2° septicémies phlegmoneuses du cou ; 3° septicémies phlébitiques de l'orbite et du crâne.

Discussion.

M. Pietkiewicz a pu suivre un cas analogue quant au début, à la marche et à la terminaison. Il s'agissait d'un malade de soixante ans qui était présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu et qu'on avait soigné pour une périostite; il avait disparu lorsqu'au bout de quelque temps un chirurgien manda l'orateur pour l'assister dans une opération; les mêmes accidents que ceux constatés dans la communication purent être observés et se terminèrent aussi par la mort. Les pièces portées au laboratoire de M. Straus ayant été égarées, on ne put mettre aucune étiquette sur cette affection.

M. Sebileau demande à M. Pietkiewicz s'il se rappelle ce que sont devenus les os dans son cas et au bout de combien de temps le malade est mort.

M. Pietkiewicz indique cinq semaines comme durée des accidents.

M. Sebileau rappelle que son premier malade a vécu quelques mois pendant lesquels ont eu lieu diverses gangrènes osseuses avec élimination de séquestres de 2 à 3 centimètres et quelques accalmies permettant de conserver chaque fois un peu d'espoir, surtout au début. Le deuxième malade n'avait pas de réactions osseuses apparentes, sa mâchoire paraissait normale ; quelques confrères avaient porté le diagnostic d'épithélioma assez justifié, quoique la pléiade ganglionnaire qu'on y rencontre habituellement n'existât pas ; ce malade semblait donc avoir une affection du plancher de la bouche exclusivement, mais trois ou quatre jours avant sa mort il élimina une moitié de son maxillaire nécrosé. Il n'y avait comme réaction générale qu'un peu d'élévation de température et un assez grand affaiblissement.

M. Chompret a vu beaucoup de périostites, mais jamais une seule avec complications assez graves pour être comparées à celles qui font l'objet de la communication. N'y avait-il pas d'intoxication, de diathèse ou de maladie infectieuse antérieure? N'y avait-il pas de lésions vasculaires? Le second cas est muet à cet égard.

M. Sebileau n'a rien négligé, il s'est enquis de tout. Il est évident qu'un malade de soixante ans ne défend pas aussi bien qu'un adulte son organisme contre l'invasion microbienne, mais, à part cela, il était impossible de trouver quoi que ce fût, pas la moindre maladie infectieuse, ni diathèse, etc.

M. Cruet est convaincu que ces deux affections ont évolué sur un terrain remarquablement bon apparemment, mais il faut néanmoins une cause à cet ordre de faits, il faut une explication : ou bien le terrain était favorable ou bien il y a eu infection par une porte d'entrée, l'ostéopériostite, mais ce n'est pas le cas. N'y a-t-il pas eu contagion par une garde-malade qui aurait soigné un pneumonique ou un érysipélateux gravement atteints? Cette hypothèse peut-elle recevoir une sanction?

M. Sebileau répondant à la question de fait et à la question de doctrine continue ainsi :

1° La première malade était une rentière de La Villette qui vivait modestement, mais très bien, et qui n'avait pu être contagionnée, si ce n'est par le dentiste qui l'avait soignée ; le deuxième vivait paisiblement avec femme et enfants à Levallois-Perret et n'avait pas eu de contact avec un malade.

2° Le terrain était-il mauvais? Nous n'en savons rien ; nous connaissons le diabète, l'albuminurie ; dans ce cas particulier le terrain était probablement détestable, mais qu'en savons-nous?

Enfin il n'est pas utile d'invoquer la contagion pour expliquer la gravité du cas ; une pneumonie grave peut survenir sans contagion.

M. Gourc demande si l'on a pensé à rechercher si les malades

n'avaient pas pris contact avec des perruches qui auraient pu les contaminer.

M. Sebileau répond que les examens bactériologiques de MM. Thiroloix et Dominici n'ont pas permis de constater cette infection d'ordre particulier.

M. Pietkiewicz peut assurer aussi que son malade n'avait pas subi la moindre contagion fâcheuse. Le malade, qui habitait rue Condorcet, avait 60 ans et possédait une bonne santé.

M. Cruet demande si les altérations vasculaires auxquelles M. Sebileau a attribué les gangrènes successives par embolies septiques n'étaient pas effet plutôt que cause.

M. Sebileau peut affirmer que du foyer pyorrhéique est partie une infection vasculaire; des lésions d'endopériartérite sur les vaisseaux anciens ont amené des embolies oblitérantes, et ces mêmes lésions ont réapparu sur les vaisseaux néoformés et ainsi de suite.

III. — Une observation a propos de l'influence de la grossesse sur les tissus buccaux chez la femme anémique, par M. Zentler.

Le Dr *Arthur Zentler* cite l'observation d'une jeune femme qui voit, au cours d'une grossesse, ses gencives s'enflammer, se tuméfier, avec production d'abcès gingivaux et plus tard, ébranlement des dents. Ces phénomènes s'amendent après la délivrance, sous l'influence du traitement, mais reparaissent, malgré les soins hygiéniques, à une grossesse suivante.

DISCUSSION.

M. Pietkiewicz trouve l'observation intéressante, mais elle ne rapporte pas un cas nouveau. C'est un de ces états particuliers de moindre résistance que l'on trouve chez les personnes dont la santé est un peu atteinte ou chez les femmes pendant leur période menstruelle ou enceintes. Si ces dernières sont anémiques, les gingivites peuvent s'aggraver davantage.

M. Sauvez rappelle que l'influence de la grossesse sur les gencives a été étudiée par Delestre, Pinard et lui-même, mais on n'a pas eu à constater de cas aussi graves.

M. Cruet croit qu'il faut simplement considérer comme une gingivite ordinaire la gingivite des femmes enceintes à laquelle la grossesse vient donner seulement un coup de fouet. Plusieurs raisons ont été invoquées pour expliquer ces gingivites : les vomissements incoercibles et les réactions de la salive, ou bien chez les albuminuriques, l'usage du lait qui favoriserait les fermentations, ou bien encore l'intoxication par

les toxines (?) sécrétées par les femmes enceintes. Quoi qu'il en soit, il faut admettre que l'état de grossesse prédispose à une certaine gravité des gingivites et des périostites.

En résumé les faits du D[r] Zentler ne sont pas nouveaux, mais l'observation est intéressante.

Séance du 20 février 1899

Présidence de M. Cruet.

I. — PRÉSENTATIONS.

M. Gourc présente les *modèles de la bouche d'un enfant de* 15 *ans.* Cet enfant intelligent est de source lymphatique, possède des végétations adénoïdes, ainsi que des amygdales hypertrophiées. La famille est venue consulter pour corriger la béance qui donne un aspect très disgracieux à l'enfant. Il est bien entendu que la correction de l'incisive qui est en arrière et de la canine qui est en antéversion ne sont pas à considérer. L'orateur a conseillé à la famille de s'abstenir, se voyant dans l'obligation, pour arriver à un résultat parfait, d'enlever les deux prémolaires et les deux grosses molaires supérieures de chaque côté. Il voudrait bien voir s'élever une discussion sur ce cas pour savoir s'il est possible d'intervenir d'autre façon ; on ne peut en effet condamner un enfant de 15 ans à porter un appareil prothétique jusqu'à la fin de ses jours.

M. Amoëdo trouve que le malade s'est fourvoyé en allant chez le dentiste, il aurait dû aller chez le laryngologiste d'abord. Il a eu en effet un cas où les désordres sont revenus en l'état et n'ont disparu que grâce à l'intervention chirurgicale dans la gorge.

M. Gourc croit avoir suffisamment insisté dans sa thèse sur les rapports de la déformation de la voûte palatine et des déviations dentaires avec les végétations adénoïdes. Il rappelle qu'il a produit une statistique de malades pris au hasard dans la clinique laryngologique de Lariboisière, et chiffres en mains, les malades possesseurs de Veg-ad, avec régularité dentaire et palatine, sont aussi nombreux que ceux pourvus d'une voûte palatine ogivale et de dents déplacées. Ce sont faits communs d'une même tare, scrofule, rachitisme ou autre, mais la constatation de l'un n'entraîne pas la présence de l'autre. Malgré cela il a parfaitement l'intention de faire enlever Veg-ad et amygdales à son sujet, puisqu'il a pu constater leur présence.

M. Cruet est d'avis, les dents supérieures étant serrées, d'extraire la petite incisive latérale gauche qui est en rétroversion, ce qui permettra aux incisives et aux canines de descendre.

M. Chompret n'est pas de cet avis. Il n'extrairait jamais une petite

incisive à cause de la déformation esthétique que cela occasionne; il vaudrait mieux extraire la première petite molaire, cela donnerait du reste plus de place.

M. Gourc ne croit pas cette petite intervention suffisante pour permettre aux canines et incisives de descendre d'une longueur aussi grande, la béance étant considérable.

M. Cruet ne change pas sa manière de voir. L'absence ou la présence de la petite incisive n'attirerait pas beaucoup l'attention; il faut surtout corriger le défaut de fermeture de la bouche.

II. — Accident grave local de l'éruption d'une dent de lait, par M. Frey. (Voir *L'Odontologie*, n° du 30 mars 1899.)

Discussion.

M. Amoëdo a eu, il y a deux ans, un cas d'ostéomyélite du maxillaire inférieur avec accidents infectieux analogues; il cite la thèse de Delucq parue sur l'ostéomyélite.

M. Rodier demande à l'auteur de la communication s'il a pu trouver la porte d'entrée de l'élément infectieux.

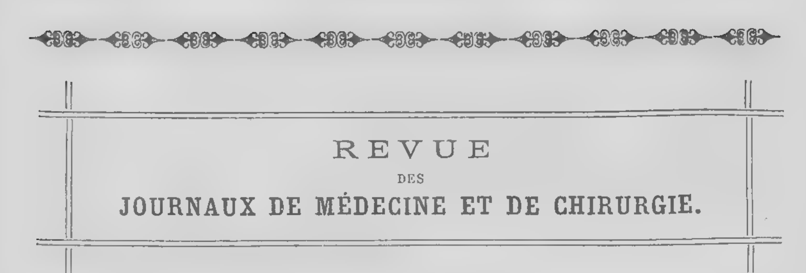
M. Frey n'a pu constater trace d'accidents généraux ni locaux.

M. Cruet nie toute corrélation entre le cas de M. Frey et ceux de la thèse de Delucq, dont parle M. Amoëdo ; ces derniers sont des cas d'ostéomyélite. M. Lannelongue croit que ce sont le plus souvent des enfants tuberculeux.

L'orateur est d'avis qu'en général ces faits sont assez rares, quoiqu'il ait pu en constater. Pour lui les accidents de première ou de deuxième dentition et ceux de la dent de sagesse sont semblables, terrain à part bien entendu.

Les accidents dits de dentition sont des accidents locaux dus à une éruption anormale ; l'orateur ne croit pas qu'ils existent alors que l'éruption se fait normalement.

(Extrait de la *Revue de stomatologie*).



REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS

Par le Docteur Paul Hamonic

Depuis la communication de M. le Dr Danlos à la *Société de Dermatologie*, la question de la *leucoplasie buccale syphilitique* est devenue d'actualité.

Mais il ne faudrait pas croire que c'est une nouveauté. Il y a longtemps pour ma part que j'ai affirmé et démontré l'*origine syphilitique* de certaines *leucoplasies buccales*. Je pense même avoir été un des premiers en France à émettre cette opinion dans un mémoire paru en juillet 1886. Ce travail eut à l'époque un certain retentissement. Il fut publié dans les *Annales médico-chirurgicales*, journal qui a cessé d'exister.

Je tiens à reproduire mon mémoire ici, autant pour montrer que ma conception émise il y a 12 ans était exacte — puisqu'elle est acceptée aujourd'hui, alors qu'à l'époque elle semblait très osée — que pour bien établir l'origine déjà vieille de l'affirmation de la *leucoplasie syphilitique*.

Voici ce que j'ai écrit en juillet 1886 :

Il n'existe pas en dermatologie, croyons-nous, de question qui ait donné lieu à tant d'opinions contradictoires que celle de la *leucoplasie buccale*, et quoique cette singulière affection ait suscité des travaux remarquables et nombreux, elle est encore aujourd'hui entourée d'obscurité.

Nous ne voulons pas traiter ce sujet délicat *in extenso*. Nous voulons simplement examiner les rapports qui unissent la leucoplasie buccale à la syphilis, persuadé que si le plus souvent cette dermatose est indépendante de cette dernière affection, dans certains cas elle reconnaît une origine spécifique non douteuse.

Tout d'abord que faut-il entendre par *leucoplasie buccale* ?

C'est une affection chronique, spéciale à la muqueuse buccale, siégeant surtout sur le dos de la langue, à la face interne des joues, des

lèvres et des commissures, et essentiellement caractérisée par des squames épithéliales blanches et épaisses et une induration superficielle de la muqueuse qui se fendille et s'exulcère.

Cette définition renferme les traits essentiels de l'affection, ceux que M. Vidal [1] regarde comme caractéristiques et suffisants pour constituer un type clinique isolé et indépendant des autres dermatoses buccales.

Il y a longtemps que les dermatologistes ont observé la leucoplasie buccale et lui ont assigné une place à part dans le cadre nosologique. Mais, il faut le reconnaître, bien des confusions et bien des erreurs ont été commises à son endroit. Sans nul doute on doit en accuser la similitude qu'ont entre elles des lésions buccales essentiellement différentes, mais donnant lieu à des aspects objectifs très voisins et très difficiles à différencier. Comme on le verra bientôt, des lésions dissemblables ont pu être désignées sous la même rubrique, sous prétexte de similitude d'apparence et d'analogie symptomatique.

Dans le livre d'Alibert [2] nous trouvons l'expression d'*icthyose linguale*. Reste à savoir si l'auteur l'appliquait à la maladie que nous nommons aujourd'hui, avec M. Vidal, *leucoplasie buccale*, ou à une dermatose desquamative de la langue.

Samuel Plumbe [3] est plus explicite. Il emploie la même expression, mais il caractérise mieux l'affection à laquelle il l'attribue.

Déjà en 1831 Rayer [4] avait signalé sous le nom de *pityriasis lingual* la desquamation de la langue. Mais sa description trop succinte se rapporte-t-elle à la leucoplasie buccale ou à la glossite exfoliatrice marginée ?

C'est Bazin [5] qui donna le nom de *psoriasis buccal* à l'*icthyose linguale* des médecins anglais. Par cette expression ce célèbre dermatologiste comprenait des affections muqueuses très différentes les unes des autres au point de vue de leur nature intime. Le seul lien qui les reliait entre elles était leur tendance naturelle à *la desquamation*. Il faut avouer que c'est là un caractère clinique bien insuffisant pour affirmer une identité morbide.

D'après Sigmund [6], le terme *psoriasis lingual* doit désigner toute lésion dont la desquamation constitue le symptôme caractéristique. Une telle affirmation encourt le même reproche que précédemment.

---

1. *Union médicale*, 1883, nos 1 et 4.
2. *Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau*. Paris, 1818.
3. *Practical treatise on the diseases of the skin*, London, 1837.
4. *Maladies de la peau*, 1831.
5. *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868.
6. *Aertzlicher Bericht aus alleg. Krankenhause*. Wien, 1863.

Kaposi en 1866 [1], c'est-à-dire deux ans avant Bazin, décrivit sous le nom de *psoriasis mucosæ oris et linguæ* toutes les manifestations spécifiques de la bouche rappelant plus ou moins l'aspect du *psoriasis cutané*. A la longue ces altérations amènent, à l'exemple du psoriasis syphilitique palmaire chronique, un épaississement de l'épithélium lingual par accumulation des cellules, formant de véritables écailles épidermiques. Cet état, Kaposi le désigne par le mot *keratosis*. Le *keratosis* est donc l'aboutissant naturel et fatal de tout psoriasis lingual de longue durée.

Schwimmer [2] a proposé le mot *leukoplakia* pour exprimer la maladie qui nous occupe et qui ne constitue qu'un seul des types morbides qui entrent dans le *psoriasis buccal* de Bazin, de Sigmund et de Kaposi.

M. Vidal [3] a adopté l'expression de *leucoplasie buccale* (de λευκός blanc, et πλάσσειν, former), qui nous paraît avoir sur toutes les autres dénominations l'avantage de mettre en relief la tendance que possède au plus haut degré la maladie à donner lieu à des formations blanchâtres superficielles.

M. Besnier préfère ranger sous la rubrique générale de *stomatite épithéliale chronique*, les lésions « qu'on désigne en France sous le nom de *psoriasis buccal* [4] ».

A toutes ces expressions nous devons ajouter les suivantes qui ont servi à désigner la même affection : *Plaques blanches de la langue* (Devergie) ; *plaques opalines de la langue ; plaques blanches des fumeurs* (Buzenet) [5] ; *plaques laiteuses de la langue* (Gubler) [6] ; *tylosis* (Ulmann) [7].

Cette énumération rapide montre combien est encombré le langage médical et combien serait simplifiée la nomenclature dermatologique par l'adoption exclusive d'un des termes précédents, celui exprimant le mieux le caractère clinique essentiel de la modalité pathologique. A ce titre nous croyons devoir préférer l'expression de *leucoplasie buccale* proposée par M. Vidal.

---

1. *Die Syphilis der Schleimhaut der Mund, Rachen, Nasen, Kehlkopfhöhle* Erlangen, 1866.
2. Schwimmer, *Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle (Leukoplakia buccalis), Vierteljahrssch. für Dermatologie und Syphilis*, 1877 et 1878, et Congrès de Londres, 1881.
3. *Union médicale*, Leçons recueillies à l'hôpital Saint-Louis par M. Thuvien, nos 1, et 4, 1883.
4. *Leçons sur les affections de la peau*, par Kaposi ; trad. de MM. Besnier et Doyon ; note des traducteurs, p. 329, t. II.
5. *Thèse de Paris*, 1853.
6. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Langue*.
7. *Bayerisches ärtzliches Intelligenzblatt*, 1858.

Avec Schwimmer [1] nous pouvons ranger sous trois chefs les opinions émises sur la nature de la leucoplasie buccale :

1° C'est une affection absolument semblable au psoriasis de la peau ; c'est en d'autre termes, du *psoriasis de la muqueuse buccale.*

2° C'est une maladie *spéciale* due à des causes locales ou générales, mais qui n'est *jamais la conséquence de la syphilis.*

3° Enfin la leucoplasie buccale serait *toujours et uniquement de nature syphilitique.*

Alibet [2], Rayer [3], Samuel Plumbe [4], Church [5], Bazin [6] appartiennent à la première catégorie. Leurs malades avaient du psoriasis cutané en même temps que du psoriasis buccal, et ces observateurs ne doutent pas que ces deux ordres de manifestations ne fussent similaires.

MM. Lailler [7] et Vidal [8], sans nier absolument le fait, regardent la coïncidence comme très rare. Ils ne l'ont observée chacun qu'une seule fois.

« Il n'y a pas de psoriasis des muqueuses, ajoute ce dernier ; l'affection squameuse de Wilson est exclusivement cutanée. »

A. Duhring [9] n'accorde que quelques mots à la *leucoplasie buccale.* Il sépare la *desquamation icthyosique* de la muqueuse de la bouche « qui est plus fréquente qu'on ne le croit généralement et *qui coïncide avec l'icthyose cutanée* », de la *leuco-glossie*, « dont la cause est encore mal connue ».

Il met aussi à part « les *plaques laiteuses* des commissures latérales, de la face interne des lèvres et de la surface de la langue, qu'on observe chez les fumeurs (plaques opalines, glossite nicotique).

« Si l'on rejette avec soin, ajoute-t-il, toutes ces affections du cadre des glossites psoriasiques, on verra que celles-ci sont en réalité fort peu communes, relativement surtout au nombre considérable de psoriasiques que l'on observe. Et l'on restera toujours frappé de l'extrême rareté de la coïncidence d'un psoriasis lingual et d'un psoriasis cutané. Toutefois, il faut bien savoir que *l'existence du psoriasis lingual n'est pas douteuse.* »

D'après ces lignes, on voit que le critérium sur lequel Duhring

---

1. *Loc. cit.*
2. *Loc. cit.*
3. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1835.
4. *Loc. cit.*
5. Cité par M. Merklen, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1883 n° 3.
6. *Loc. cit.*
7. Cité par Gubler, *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. *Bouche.*
8. *Loc. cit.*
9. *Traité pratique des maladies de la peau*, trad. par MM. Barthélemy et Colson, 883.

s'appuie pour affirmer la nature d'une lésion desquamative linguale est la coïncidence d'une lésion similaire cutanée. Il a une tendance évidente à regarder la dermatite cutanée et la dermatite muqueuse comme analogues et dépendant de la même cause. La détermination exacte de la première permet donc de fixer la nature de la seconde.

Cette façon de raisonner n'est pas absolument à l'abri de toute critique, le même malade pouvant porter des lésions cutanées ou muqueuses très différentes et évoluant soit sous la même influence étiogénique, soit sous l'action de causes multiples et diverses.

Pour M. Lailler [1], Fairlie Clarke et Tilbury Fox admettent aussi que le psoriasis lingual peut être analogue dans son essence au psoriasis de la peau.

D'après la seconde opinion formulée plus haut, la *leucoplasie buccale* est une maladie spéciale *non syphilitique* relevant de causes *locales* ou *générales*.

Les *plaques de fumeurs* de M. Buzunet [2], les *plaques nacrées commissuraires* de M. Fournier [3] seraient des variétés d'une leucoplasie localisée due uniquement à l'irritation produite par le tabac (glossite nicotique de Duhring).

Les plaques opalines professionnelles de la bouche des souffleurs de verre de M. le docteur Guinand [4] doivent être placées à côté des précédentes, comme reconnaissant pour cause la pression déterminée par l'embouchure de la *canne* à souffler le verre.

La cause générale qui crée le plus souvent la *leucoplasie buccale* est *l'arthritisme* (Bazin [5], Debove [6], Vidal [7], Besnier [8], etc., etc.). L'arthritisme amène cette altération muqueuse tantôt sans le secours d'aucune cause locale, tantôt puissamment aidé par une irritation quelconque de la bouche (tabac, mauvaise dentition, etc., etc.).

La relation entre la *leucoplasie buccale* et l'arthritisme est un fait indiscutable, malgré la dénégation, sans preuves du reste, de Schwimmer [9], qui n'admet que deux influences nocives dans la détermination de la dermatose qui nous occupe : l'*abus du tabac* et les *affections chroniques de l'estomac*.

La troisième opinion qu'il nous reste à examiner est celle qui

---

1. *Leçons sur quelques affections cutanées*, 1877.
2. *Loc. cit.*
3. *Des Glossites tertiaires*, 1877.
4. *Lyon médical*, 1880.
5. *Loc cit.*
6. *Le psoriasis buccal*, thèse de Paris, 1873, et *Archives générales de médecine*, avril 1874.
7. *Loc. cit.*
8. Cité par M. Merklen. *(Loc. cit.)*
9. *Loc. cit.*

admet que la leucoplasie buccale est *toujours un accident syphilitique*.

C'est Kaposi qui s'est fait le défenseur de cette idée [1].

Mais, nous l'avons déjà dit, Kaposi décrit sous le nom de *psoriasis mucosæ oris et linguæ* toutes les manifestations spécifiques de la bouche qui à la longue aboutissent à un épaississement et à une condensation des cellules épithéliales, état qu'il désigne sous le nom de *keratosis*.

Le *keratosis* n'est pas contagieux, il n'est même pas syphilitique, il est seulement d'origine syphilitique. Il est la conséquence de l'état subinflammatoire chronique entretenu au niveau de la muqueuse linguale par des manifestations spécifiques persistantes.

On le voit, Kaposi n'a pas vu, dans sa description, un processus morbide spécial et isolé, mais bien une série d'altérations relevant toutes, il est vrai, de la syphilis et aboutissant en dernière analyse au *kératosis*, mais très différentes au point de vue anatomo-pathologique.

Il n'est pas douteux que parmi ces altérations la *leucoplasie buccale* n'occupe sa place. Mais Kaposi ne l'a pas différenciée des autres.

Il nous paraît impossible de ne pas regarder dans certaines circonstances la syphilis comme la cause prochaine de la leucoplasie.

Tantôt elle agit en déterminant du côté de la muqueuse de la bouche des acccidents spécifiques qui, par leur persistance et l'irritation locale qui en est la conséquence, altèrent peu à peu l'épithélium et le chorion (Debove) ; tantôt elle agit directement et se porte pour ainsi dire d'emblée sur la muqueuse buccale sans y déterminer préalablement la moindre lésion.

MM. Mauriac [2] et Vidal [3] l'admettent dans un certain nombre de cas, et M. Besnier [4] considère la syphilis comme une condition prédisposante de premier ordre, au même titre que l'arthritisme. Il admet même « que le psoriasis buccal peut survenir primitivement chez d'anciens syphilitiques [5] ».

Gubler [6] a décrit une lésion qu'il désigne sous le nom de *plaques laiteuses de la langue* et qu'on doit rapprocher de la *leucoplasie buccale*. « On voit naître cette altération dans la période secondaire, coïncider quelquefois plus tard avec des accidents tertiaires et persister même pendant de longues années avec une opiniâtreté désespérante, après la disparition de toutes les autres manifestations syphilitiques. »

1. *Loc. cit.*
2. *Du psoriasis de la langue et de langue muqueuse buccale. Union médicale*, 1873-74.
3. *Loc. cit.*
4. Cité par M. Merklen. *(Loc. cit.)*.
5. Cité par M. Merklen, *Annales dermatologiques*, 1883, n° 4, p. 223.
6. *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, art. *Langue*.

D'après Gubler, cette lésion est franchement spécifique. Il la regarde comme une variété « plaques muqueuses de la syphilis constitutionnelle ». Mais, d'après sa description même, il est facile de voir qu'il ne s'agit pas là de plaques muqueuses banales de la bouche. L'apparition tardive de cet accident, son évolution lente et sa persistance indéfinie en dépit de tout traitement l'en séparent absolument.

On sait que Ricord et Küssmaul ont regardé les *plaques laiteuses* comme le résultat du mercurialisme. Ces deux auteurs sont les seuls à partager cette opinion. On ne rencontre pas la leucoplasie buccale dans le cours de la stomatite mercurielle, et cependant cette dernière est une affection qui est loin d'être rare. Si les *plaques laiteuses* devaient être rapportées à l'action du mercure, il est évident qu'on en constaterait souvent l'existence chez les gens intoxiqués par l'hydrargyre. Or les observations sont constamment muettes sur ce point.

M. Rigal[1] affirme, au contraire, que les *plaques laiteuses de la bouche* « résistent à l'iodure de potassium et au chlorate de potasse, *mais cèdent au mercure* ». Ce médecin distingué ne doute pas du reste que ce ne soit là un accident syphilitique.

M. Vidal[2] proscrit la médication spécifique, « à moins, ajoute-t-il, qu'on n'ait de fortes présomptions en faveur de l'origine syphilitique ». Ce dermatologiste admet donc la spécificité de la leucoplasie, quoique la regardant comme exceptionnelle.

M. Mauriac[3] a décrit plusieurs variétés de psoriasis bucco-lingual :

1° Le psoriasis provoqué ou artificiel correspondant aux plaques des fumeurs de Bezenet ou plaques commissuraires de Fournier ;

2° Le psoriasis arthritique ou dartreux de Bazin ;

3° *Le psoriasis syphilitique* ;

4° Le psoriasis épithéliomateux.

Cette classification nous paraît excellente, car elle est la conséquence d'un éclectisme aussi large qu'il est possible, quoique M. Mauriac n'admette le psoriasis arthritique ou dartreux que sur la foi des observations rapportées par d'autres auteurs. D'après M. Mauriac, rien, sauf la notion étiogénique et la coïncidence d'accidents scléro-gommeux ou autres du côté de la langue, ne peut faire reconnaître le psoriasis syphilitique.

« La distinction des diverses espèces de psoriasis, écrit M. Merklen[4], n'est pas possible cliniquement, et une seule chose peut être affirmée : c'est que la leucoplasie buccale se développe avec une prédilection certaine chez les arthritiques et syphilitiques. » Nous

1. *Dictionnaire pratique*, article *Langue*.
2. *Loc. cit.*
3. *Loc. cit.*
4. *Annales dermatologiques*, 1823, n° 4, p. 223.

admettons pleinement ces conclusions, et nous pensons que c'est justement cette difficulté de diagnose qui a fait mettre en doute l'existence de la leucoplasie syphilitique. Nous devons ajouter cependant que l'influence rapide du traitement mercuriel sera un *critérium absolu* permettant d'affirmer la nature spécifique de la leucoplasie, car si l'hydrargyre guérit vite cette forme spéciale, il exerce une action des plus néfastes sur les variétés non syphilitiques.

« Le mercure et l'iodure de potassium, dit M. Vidal [1], aggravent cette affection d'autant plus que le mal est plus avancé. A l'état papillomateux ces agents médicamenteux ont une influence désastreuse. Ils donnent un coup de fouet au processus et précipitent l'évolution épithéliomateuse. Cette influence nocive des préparations hydrargyriques est encore plus néfaste sur l'épithélioma confirmé. »

Les lignes précédentes ne doivent pas s'appliquer à la leucoplasie buccale syphilitique.

Du reste, est-il bien certain qu'on ne puisse nier les rapports qui existent entre certaines formes de psoriasis buccal et l'épithélioma de la bouche [2] ; est-il bien certain, dis-je, que la leucoplasie d'origine syphilitique, puisse subir la transformation épithéliomateuse ?

On sait qu'on a admis depuis longtemps une sorte d'antagonisme entre la syphilis et le cancer, et quoique, d'après MM. Besnier et Doyon [3], « une cicatrice, un vésicatoire, un lupus ulcéré, *voire même une syphilide*, puissent servir de point de départ à l'irritation épithéliale », il n'en est pas moins certain que cette dernière éventualité constitue un fait pathologique rarement observé.

On connaît les idées de M. Verneuil au sujet de la diathèse hybride cancéro-syphilitique [4] ; néanmoins, malgré nos recherches, nous n'avons pas rencontré d'observation positive de dégénérescence épithéliomateuse consécutive à la leucoplasie buccale syphilitique.

Nous avons vu dernièrement deux leucoplasies buccales syphilitiques dont l'une datait de trois ans et l'autre de quatre ans. Il n'existait pas la moindre trace de la transformation épithéliomateuse et cependant ce dernier malade avait soixante-cinq ans et son affection était aussi intense qu'il est possible.

Il faut savoir que la leucoplasie buccale est une maladie tantôt localisée, de peu d'étendue et n'ayant aucune tendance envahissante

---

1. *Loc. cit.*
2. Verneuil, *Tribune médicale*, 1867.
Trélat, *Rapport entre le psoriasis et l'épithélioma de la langue.* (Société de Chirurgie, 8 décembre 1878)
Nédopil, *Ueber die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut und deren Verhältnisse zur Carcinom. (Arch. f. klin. Chirurg.* Band XX, Berlin, 1876.)
3. Note reproduite par M. Merklen, (*Loc. cit.*)
4. *Thèse d'Ozenne,* 1883.

et qui tantôt, au contraire, occupe la totalité de la langue et même de la muqueuse buccale. (Disons cependant qu'on ne la trouve jamais sur la face inférieure de la langue.) Dans le premier cas elle est produite le plus souvent par une cause locale : tabac, mauvaise dentition, etc., et l'altération est alors développée au voisinage du foyer d'irritation ; dans le second cas, elle est la conséquence d'une affection générale : arthritisme ou syphilis.

La notion de l'étendue de la leucoplasie est donc très importante au point de vue de la détermination étiologique. Mais il existe des exceptions relatives au premier de ces deux cas. Il arrive en effet qu'on observe une leucoplasie buccale très localisée, quoique reconnaissant pour cause la syphilis constitutionnelle.

On peut se demander s'il s'agit bien là d'une leucoplasie essentiellement localisée, ou si ce n'est pas plutôt le début d'une leucoplasie qui sera ultérieurement généralisée par envahissement progressif de la muqueuse buccale. On comprend qu'un traitement approprié et appliqué de bonne heure puisse enrayer la maladie, l'arrêter dans son évolution et l'empêcher de s'étendre, la localisant jusqu'à guérison, dans le point où elle a fait son apparition.

La leucoplasie buccale syphilitique est une affection de l'adulte, plus fréquente chez l'homme que chez la femme et survenant tantôt dans le cours de la syphilis précoce, tantôt des années après le chancre infectant.

Dans le premier cas elle peut coïncider avec des syphilides buccales et être la conséquence de l'irritation produite par ces dernières (Debove, Merklen, etc.).

Dans le second cas, la leucoplasie peut survenir primitivement (Besnier). Elle disparaît souvent alors sous l'influence du mercure, même lorsqu'elle dure depuis des années. Il nous semble difficile de ne pas en faire, dans ces circonstances, une manifestation directe et légitime de la syphilis.

Nous avons eu occasion en 1885 de donner nos soins à un jeune avocat de province atteint de leucoplasie buccale depuis trois ans. Ce malade avait contracté la syphilis en 1880. Il avait eu des accidents secondaires assez bénins, qui n'avaient persisté que pendant quelques mois. Il s'était soigné régulièrement la première année, puis, les accidents ne s'étant pas renouvelés, il avait cessé tout traitement.

Il avait pris environ 180 pilules de proto-iodure et 80 à 100 grammes d'iodure de potassium.

Vers 1882 la langue devint spontanément blanchâtre et douloureuse. Le malade n'y prit pas garde d'abord, et se négligea. Mais l'affection s'aggrava, très lentement cependant, et le malade ayant consulté plusieurs médecins suivit pendant longtemps un traitement

asenical. Localement il employa le chlorate de potasse et le borate de soude, mais tout cela sans aucun résultat.

Lorsque, vers le début de l'année 1885, j'examinai sa langue, je constatai sur sa face dorsale une large plaque d'un blanc nacré, resplendissante, parcourue de loin en loin par des sillons peu profonds dirigés en tous les sens.

Au niveau de la face muqueuse des commissures on voyait de chaque côté des ganglions du cou.

Le malade souffrait quand il mangeait des aliments durs, tels que la croûte de pain, ou des substances épicées, ou enfin quand il buvait trop chaud. De temps en temps il salivait assez abondamment.

Aucun antécédent arthritique n'est relevé chez lui ni chez ses ascendants.

Le diagnostic de leucoplasie buccale me paraissant évident, j'affirmai au malade la nature non syphilitique de la lésion, je proscrivis le traitement spécifique, me contentant de le soumettre à une médication alcaline et à des lavages répétés de la bouche avec de l'eau d'orge ou de guimauve.

L'état ne s'améliorant pas, le malade eut l'idée de se remettre de lui-même aux pilules de proto-iodure qu'il avait prises dans le temps, au début de sa syphilis, et dont il avait conservé la formule.

Un mois après il allait beaucoup mieux et il venait nous montrer sa langue en pleine voie de guérison. Ce résultat nous étonna beaucoup. Nous l'engageâmes à continuer le mercure, convaincu que nous avions commis une erreur de diagnostic et qu'il s'agissait certainement là, non pas d'une leucoplasie buccale, mais bien d'un *syphilome superficiel en nappe* ou *glossite scléreuse superficielle* de M. Fournier.

Au bout de 60 pilules la guérison était complète. Le malade suivit ultérieurement un traitement ioduré, et depuis l'état de la langue ne s'est pas modifié. Aujourd'hui on peut le considérer comme absolument guéri.

Ce cas nous avait frappé, et nous n'avions pas fini de l'observer qu'un nouveau malade, M. X..., âgé de soixante-cinq ans, rentier, venait nous consulter pour une affection linguale, dont le début remontait à environ quatre ans. Ici le diagnostic n'était pas douteux. Il avait été posé par MM. Besnier et Hardy, et ces savants maîtres avaient admis l'existence d'un psoriasis buccal.

Du reste, l'aspect était caractéristique.

Voici ce que je lis sur l'observation :

Sur le bord gauche de la langue existe une traînée blanche nacrée, s'arrêtant brusquement au niveau des limites latérales de la face inférieure de l'organe et s'étendant sur le dos de la langue jusque vers le raphé médian. Le doigt sent une induration manifeste de la

muqueuse en ce point, et cette sensation spéciale n'est pas douteuse lorsqu'on porte successivement l'index sur la partie gauche qui est malade et sur la partie droite qui ne l'est pas.

En frottant avec un linge un peu rude la plaque blanche, on soulève de petites squames, qui, saisies avec une pince, se laissent détacher sous forme de lambeaux de 1 centimètre environ de longueur.

Au microscope on reconnaît qu'il s'agit là d'épithélium lingual altéré. La pression de la langue n'est pas douloureuse.

Les papilles linguales sont petites et aplaties au niveau de la plaque nacrée.

On y observe enfin une série de fines craquelures dirigées dans le sens antéro-postérieur et dans le sens trasversal. Les premières sont moins nombreuses et plus profondes. Elles sont légèrement curvilignes. Les secondes existent en plus grand nombre et sont très superficielles. Beaucoup sont à peine visibles à l'œil nu.

Autour de la plaque blanche la muqueuse linguale est rouge dans une zone d'un centimètre d'étendue environ.

On observe au niveau de la muqueuse de la commissure buccale du côté droit une plaque blanche offrant les mêmes caractères et de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Une dernière existe enfin à la commissure gauche et est bien plus grande et très irrégulière. Le malade souffre beaucoup lorsqu'il mange des aliments durs. Il y a longtemps qu'il ne peut plus manger ni salade ni mets un peu épicés. L'alcool, les liqueurs même étendues d'eau et le vin pur, produisent de violentes douleurs,que le malade compare à une sensation de brûlure intense. Les mouvements de la langue sont gênés, la langue est raide, cependant la phonation n'est pas altérée.

Le malade a de la syalorrhée de temps à autre. Rien du côté des ganglions du cou.

Depuis quatre ans que la leucoplasie existe ; il y a deux ou trois rémissions de quelques semaines chacune ; quoique cela, jamais le malade n'a pu se croire guéri ; il a toujours souffert plus ou moins.

Dans ses antécédents nous relevons des signes non douteux d'arthritisme. Il est congestif, dyspeptique, un peu hémorrhoïdaire. Il a eu autrefois des migraines et des névralgies et souffre de temps à autre de légers accès de goutte et de douleurs musculaires rhumatoïdes.

Pendant longtemps il a suivi la médication alcaline et arsenicale et a pris de l'iodure de sodium. Localement il a employé une foule de gargarismes. Il y a longtemps qu'il a cessé complètement de fumer.

Il est syphilitique depuis cinq ans. Il s'est soigné régulièrement pendant deux ans à peu près, puis a cessé tout traitement spécifique.

Nous l'engageons à reprendre du mercure et nous le soumettons au proto-iodure à raison de 5 centigrammes chaque jour. Localement nous prescrivons un gargarisme au borate de soude.

Nous le revoyons vingt jours après. L'amélioration était remarquable, et nous en avons été véritablement étonné. Le malade pouvait déjà boire un peu de rhum sans souffrir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis quatre ans.

A la cinquantième pilule le malade était complètement guéri. Sa langue avait repris un aspect absolument normal. L'induration superficielle avait complètement disparu, de même que la plaque blanche et les éraillures qui la sillonnaient.

Après 60 pilules, le malade fut soumis à l'iodure de potassium pendant plusieurs mois.

Voilà sept mois que l'état local se maintient excellent et nous commençons à être convaincu qu'il ne s'agit pas là d'une rémission temporaire, mais bien d'une guérison définitive.

Voici le résumé d'une observation très intéressante que nous devons à l'obligeance de notre cher maître M. Martineau. Elle est singulièrement démonstrative. En effet, M. Martineau, après avoir posé le diagnostic de leucoplasie buccale, proscrit le mercure. L'externe de la salle, par erreur, soumet la malade aux injections sous-cutanées de peptone mercurique, et quelque temps après celle-ci était complètement guérie.

La nommée P... (Victorine), cuisinière, âgée de trente-trois ans, entre le 20 mai 1886, salle Cullerier, n° 25, à l'hôpital de Lourcine.

Cette malade est strumeuse. *Aucun antécédent arthritique*, ni *herpétique*, pas d'hystérie.

Rien à signaler du côté de ses parents.

Elle a eu un enfant à vingt-neuf ans. Accouchement gémellaire à trente-deux ans. Un des jumeaux est mort.

Réglée à quatorze ans. Les menstrues sont régulières et normales.

La malade présente les signes d'une uréthro-vaginite blennorrhagique que nous nous dispensons de décrire.

La malade prétend « avoir eu sur la vulve, il y a deux ans, des boutons (?) qui se sont reproduits à plusieurs reprises ».

Rien sur la peau.

La malade se plaint de souffrir de la langue. Celle-ci est un peu augmentée de volume. Elle porte *à son extrémité une plaque d'un blanc nacré*, *circulaire*, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Au niveau de cette plaque nacrée il existe quelques sillons superficiels dont quelques-uns un peu plus profonds. On ne distingue pas les saillies papillaires, cachées qu'elles sont par l'épithélium. Aussi cette plaque paraît-elle lisse.

La malade éprouve une douleur continue, qui s'exagère lorsqu'elle mange.

M. Martineau pose le diagnostic de *leucoplasie buccale* et prescrit

comme traitement un gargarisme. Par erreur on soumet la malade aux injections de peptone mercurique à 10 milligrammes de sublimé par seringue chaque jour.

La malade quittait l'hôpital le 26 juin, c'est-à-dire trente-six jours après son entrée, complètement guérie.

Dans son laconisme cette observation est caractéristique. La leucoplasie buccale ne peut être mise en doute, car ce diagnostic a été discuté longuement par M. Martineau, qui avait alors dans son service, en même temps que la malade précédente, deux autres malades atteintes de glossites syphilitiques superficielles. Il a étudié comparativement, devant ses élèves, ces diverses affections, et c'est d'une façon raisonnée et approfondie qu'il a posé son diagnostic. Celui-ci ne me paraît donc pas douteux.

D'après la seule lecture de l'observation on serait en droit de refuser d'admettre l'existence d'une syphilis antérieure, malgré que la malade ait accusé diverses poussées de « boutons (?) à la vulve ».

C'est ce qu'a fait M. Martineau qui, convaincu, de plus, avec d'autres syphiligraphes de la non-spécificité de la leucoplasie buccale, a ici défendu le mercure.

Or par erreur on administre ce médicament et la malade guérit avec une rapidité remarquable.

Malheureusement l'observation ne signale pas les détails de la marche évolutive de l'affection avant et après l'administration de l'hydrargyre. Quoique cela, il nous paraît impossible de ne pas admettre une influence directe du mercure sur la disparition de la leucoplasie Dès lors nous sommes fatalement amené à considérer cette dernière comme un accident syphilitique.

Voici une dernière observation que nous devons placer à côté des précédentes et qui en est comme le pendant :

M. X..., artistique lyrique, âgé de trente-deux ans, est syphiltique depuis dix ans.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents du côté de ses parents.

Lui-même est un peu rhumatisant et dyspeptique. Il a eu deux fois de l'herpès préputial.

Sa syphilis, traitée par M. Ricord, n'a déterminé qu'assez peu d'accidents secondaires. Le malade s'est soigné au début pendant dix-huit mois, puis a cessé tout traitement. Cependant, une fois par an, au printemps, il prenait 10 grammes d'iodure de potassium.

Il y a un an, il a éprouvé du côté de la langue une certaine gêne douloureuse. Quand il chantait un rôle fatigant, la douleur devenait intense et la prononciation était moins nette que d'habitude ; l'articulation des mots était embarrassée. Etant alors à l'étranger, il ne s'est pas soigné. Il a cessé complètement de fumer et s'est abstenu de prendre des liqueurs et de l'alcool, substances dont le contact

déterminait une assez vive souffrance. Du reste, sa santé générale ne s'était en rien modifiée.

Effrayé par la persistance de la lésion et craignant un début de cancer de la langue, il est venu nous montrer celle-ci, nous demandant notre avis.

La pointe de la langue était couverte, sur sa face supérieure seulement, d'une plaque blanche absolument nacrée, comme *argentée* ; elle présentait des reflets analogues à ceux de la nacre de perle. La plaque se terminait assez brusquement par une circonférence au delà de laquelle la muqueuse linguale était normale, quoique un peu rouge.

Par le raclage avec l'ongle on soulevait des squames d'épithélium qui, vues au microscope, se montraient constituées par des cellules cornées.

La plaque était indurée, mais superficiellement. Quand on saisissait la pointe de la langue entre le pouce et l'index, on ne sentait aucun noyau dans l'épaisseur de l'organe.

Quelques fissures très superficielles sillonnaient la surface malade. Une ulcération de l'étendue d'une lentille existait sur son bord gauche. Cette exulcération était rouge, circulaire et grenue.

Au niveau de la plaque nacrée les papilles semblaient avoir disparu. Cependant à l'aide de la loupe, on les distinguait sous formes de petites élevures mamelonnées excessivement petites et comme enfouies au milieu des masses épithéliales d'où elles émergeaient à peine.

Dentition magnifique.

Rien d'anormal sur les autres points de la cavité buccale.

La plaque est peu douloureuse lorsqu'on la comprime.

Douleur lors de la mastication des aliments consistants ou épicés ou lors du contact des acides et des liqueurs, et de la fumée de tabac (dont le malade s'est du reste déshabitué).

Aucun accident syphilitique.

Rien du côté des ganglions.

Pas de salivation exagérée, ni de troubles gastro-intestinaux.

Nous essayons le traitement mercuriel, recommandant au malade de venir nous voir au bout de huit jours, afin de vérifier le résultat. Nous n'osions pas en effet déclarer cette leucoplasie buccale de nature syphilitique.

Chaque jour le malade prendra une cuillerée à café de peptone mercurique glycérinée (c'est-à-dire 0,005 milligrammes de sublimé), et se gargarisera fréquemment avec de l'eau d'orge faiblement salicylée.

Huit jours après, pas de changement sensible. Cependant le malade prétend souffrir moins.

On prescrit deux cuillerées à café de peptone mercurique glycérinée (0,010 milligrammes de sublimé).

Dix jours plus tard la langue s'est presque complètement desquamée au niveau de la plaque nacrée. L'épithélium persiste encore sur les bords, qui sont d'un blanc argenté, tandis que le centre est rouge et granuleux. On y voit les saillies papillaires plus petites que dans les parties saines. Les douleurs ont presque complètement disparu.

Au quarantième jour du traitement l'érosion était réparée et les dernières squames s'étaient complètement éliminées. On voyait quelques sillons irréguliers et superficiels parcourant l'emplacement de la plaque leucoplasique.

Au bout de deux mois il était impossible de rien découvrir d'anormal. La guérison s'est maintenue. Voilà deux mois que le mercure est arrêté et que le malade est à l'iodure de potassium.

Nous ne voulons pas chercher à approfondir davantage la question de la leucoplasie buccale ; nous renvoyons aux travaux si remarquables de MM. Vidal, Schwimmer, Debove, Mauriac, Merklen, etc., etc., que nous avons déjà cités.

Relativement au diagnostic, une question se présente naturellement à l'esprit : existe-t-il un caractère clinique permettant de différencier la *leucoplasie buccale syphilitique* des autres variétés ? Nous n'en connaissons pas ; nous indiquerons seulement la notion d'une syphilis antérieure et l'efficacité du traitement mercuriel qu'on pourra toujours essayer pendant quelques jours au moins, ne serait-ce que pour fixer le diagnostic.

Il est évident que la coexistence d'une manifestation syphilitique non douteuse sur un point de la muqueuse buccale éclairerait vivement le diagnostic.

Toutes choses égales, le psoriasis buccal syphilitique est bénin, car il est guérissable.

Nous pensons que le mercure isolé doit constituer d'abord la base du traitement.

Quand la leucoplasie aura disparu, on devra donner l'iodure de potassium ou de sodium (ou les deux iodures combinés). On ne saurait trop s'attacher à supprimer toutes les causes irritatives de la bouche. Des soins de propreté exagérés et des émollients locaux compléteront le traitement. Il va sans dire que, si le sujet est entaché d'arthritisme, on devra combattre cette diathèse en même temps qu'on luttera par le traitement spécifique contre la syphilis.



I. — Nouvelle méthode pour le traitement de la stomatite ulcéreuse.

Les enfants admis à l'hôpital pour stomatite ulcéreuse sont traités par Kissel (de Moscou) de la manière suivante. On leur fait rincer la bouche toutes les heures avec une solution d'acide borique à 3 o/o et frotter deux fois par jour toute la cavité buccale et particulièrement les gencives et les points ulcérés de la muqueuse des joues avec un tampon d'ouate imbibé de la même solution. On leur prescrit de l'huile de foie de morue et, avant de commencer le traitement, on leur fait arracher les dents tout à faits inutiles (??). Ce traitement donne d'excellents résultats : les ulcérations disparaissent au bout de 6 à 10 jours et les enfants quittent l'hôpital parfaitement guéris. Mais si ce traitement est facile à appliquer à l'hôpital, il ne l'est pas lorsque l'enfant est soigné dans sa famille. Dans ce cas, l'auteur lui substitue le suivant : il fait arracher les dents absolument inutiles (??) ; avec la curette il gratte à fond les ulcérations de la gencive, de la langue, de la muqueuse des joues, puis, avec le doigt enveloppé de mousseline, il applique par friction de la poudre iodoformée aux surfaces ulcérées ; il fait essuyer la cavité buccale deux fois par jour avec un tampon d'ouate trempé dans une solution d'acide borique et rincer la bouche toutes les heures avec la même solution. Il ne fait qu'un curettage, mais les frictions sont répétées jusqu'à ce que la surface ulcérée soit cicatrisée. La guérison se produit généralement au bout de 4 jours.

Dans les cas bénins, on peut se dispenser de recourir au curettage et se borner à frictionner ou à saupoudrer d'iodoforme les surfaces ulcérées, quitte à pratiquer le curettage dans le cas où il ne se produit pas d'amélioration au bout de 2 ou 3 jours.

(*Progrès médical.*)

II. — Emploi d'anesthésiques dans la stomatite des enfants.

Gœppert a appliqué l'anésone (de V. Vamossy) et l'orthoforme comme anesthésiques dans 20 cas de stomatite grave. Dans tous il a obtenu d'excellents résultats. Même dans ceux où il y avait aggra-

vation ou persistance de l'affection, les patients pouvaient être nourris de façon à continuer d'augmenter de poids.

L'anésone a été appliqué dans 15 cas de la manière suivante : un quart d'heure avant chaque repas, on badigeonnait la muqueuse, sans la frotter, au moyen d'un petit tampon d'ouate qu'on laissait quelque temps en place aux points les plus affectés. 8 à 10 grammes suffisaient pour rendre l'anesthésie complète. Cinq minutes après, nouveau badigeonnage. Dix minutes après, le repas. Dans les cas de stomatite ulcéreuse on plaçait, en outre, dans l'orifice buccal, un tampon d'ouate imbibé d'anésone.

Quant à l'orthoforme, on l'insufflait une première fois, 20 minutes et une seconde fois, 10 minutes avant le repas.

(*Progrès médical.*)

III. — Collutoire contre les aphtes.

Borate de soude		3	grammes.
Salicylate de soude		5	—
Teinture de myrrhe		4	—
Sirop de mûres	ãã	15	—
Eau distillée			

(*Gazette hebdomadaire.*)

IV. — Guaiaquine comme succédané du guaiacol.

La guaïaquine ($C6H4O2CH3IISO3$, $C20\ Az2O2$) est obtenue en faisant agir l'une sur l'autre des quantités équivalentes d'acide guaïacolsulfonique et de quinine. C'est une poudre jaunâtre, à saveur acide et amère, facilement soluble dans l'eau, l'alcool et les acides dilués.

V. — Un désodorisant de l'iodoforme.

Parmi les nombreuses substances employées par les chirurgiens pour débarrasser leurs mains de l'odeur pénétrante qu'elles gardent après un contact même de très courte durée avec l'iodoforme, il ne semble pas qu'on en ait encore découvert une qui mérite véritablement le nom de désodorisant. Or, M. A. Constan, de Montpellier, a trouvé qu'il suffit de se laver les mains avec de l'eau de fleurs d'oranger pour qu'elles cessent aussitôt de sentir l'iodoforme.

(*Indépendance médicale.*)



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

UN DUEL PROFESSIONNEL

On nous communique les documents suivants :

A la suite d'une polémique de presse survenue entre MM. Vasseur, directeur du *Monde Dentaire*, et le docteur Georges Rolland, directeur des *Archives nationales de Stomatologie*, celui-ci a chargé deux de ses amis de demander à M. Vasseur une rétractation et à défaut une réparation par les armes.

Après un examen des conditions de la polémique, les quatre témoins ne s'étant pas mis d'accord sur l'attribution de la qualité d'offensé, il a été décidé qu'avis serait sollicité d'un arbitre choisi par les quatre témoins.

Fait à Paris, le 9 septembre 1899.

Pour M. Vasseur :
E. Bonnard, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Ed. Papot, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Pour M. Georges Rolland :
Charles Bernard, député de Bordeaux.
George Grilhé, administrateur du journal *La France*.

L'état de la question est celui-ci : M. Rolland a publié un article injurieux pour M. Vasseur.

M. Vasseur a riposté par un article également injurieux.

M. Rolland a envoyé ses témoins à M. Vasseur.

Les témoins constitués par M. Vasseur réclament la qualité d'offensé.

Les témoins de M. Rolland contestent cette qualité à M. Vasseur.

Dans l'état de la jurisprudence du Point d'honneur, établie par de nombreux précédents qu'il serait loisible à l'arbitre soussigné d'énumérer, il n'est pas douteux que la qualité d'offensé comportant le choix des armes revient à M. Rolland.

M. Vasseur a perdu, en effet, le choix des armes en ripostant par un article injurieux à l'article de M. Rolland.

Il eût fallu pour que M. Vasseur gardât la qualité d'offensé qu'il envoyât ses témoins à M. Rolland après la publication de l'article de ce dernier.

Encore une fois, la jurisprudence en matière d'affaires d'honneur ne supporte pas, à cet égard, la discussion.

C'est M. Rolland, dernier insulté, qui est l'offensé et a le choix des armes.

Paris, le 10 septembre 1899.

Daniel Cloutier.

Conformément aux termes du procès-verbal ci-dessus, les témoins ont réclamé de M. Cloutier, choisi comme arbitre, la désignation de la qualité d'offensé, qui a été reconnue à M. le Dr Rolland.

En cette qualité, M. Rolland a exigé le choix de l'épée ; mais les témoins de M. Vasseur ont objecté que leur client, par suite d'un récent accident de bicyclette, était dans l'impossibilité physique de se fendre, de se relever et de rompre, ce dont preuve médicale a été offerte.

A la suite de cette déclaration, les témoins de M. le Dr Rolland n'ayant pas maintenu la demande de leur client pour une rencontre à l'épée et ayant refusé la rencontre au pistolet offerte par les témoins de M. Vasseur, l'incident a été considéré comme clos.

Paris, le 11 septembre 1899.

Pour M. Vasseur :
E. Bonnard.
Ed. Papot.

Pour M. Rolland :
Charles Bernard.
George Grilhé.

Cher Monsieur Vasseur,

Vous nous aviez chargés de vous représenter vis-à-vis des témoins de M. le Dr Rolland. La qualité d'offensé nous paraissait établie en votre faveur en raison de la gravité toute particulière des injures contenues dans l'article de M. le Dr Rolland, auquel vous aviez répondu dans le *Monde Dentaire* d'août 1899, sous une forme relativement modérée par rapport aux attaques précédentes. Les témoins de M. le Dr Rolland vous refusant la qualité d'offensé et n'ayant pu se mettre d'accord avec nous, nous avons eu recours à l'arbitrage de M. Daniel Cloutier, lequel, sans méconnaître le caractère des plus injurieux de la polémique soutenue par M. Rolland, a néanmoins conclu que vous avez perdu votre qualité d'offensé en publiant votre réponse, au lieu de lui envoyer des témoins, comme en fait foi la consultation qui précède.

Les témoins de M. Rolland ayant exigé une rencontre à l'épée de combat, nous avons dû faire remarquer que, par suite d'un récent accident de bicyclette, vous étiez dans l'impossibilité absolue d'accepter cette arme et nous nous sommes mis entièrement à leur disposition en votre nom pour une rencontre au pistolet — qu'ils ont refusée en vertu des instructions formelles qu'ils tenaient de leur client. Ces messieurs ayant déclaré l'incident clos, nous avons, à notre tour, considéré notre mission comme terminée et nous avons rédigé dans ce sens un procès-verbal signé des quatre témoins.

Veuillez agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

E. Bonnard. Ed. Papot.

Paris, le 11 septembre 1899.

Mes chers amis,

Tout d'abord je vous dois le témoignage de ma vive gratitude pour le précieux concours que vous m'avez prêté dans les préliminaires de la rencontre projetée entre M. Rolland et moi ; j'approuve pleinement tout ce que vous avez dit et fait en mon nom.

Mon adversaire n'a pas cru devoir accepter la rencontre au pistolet et a tablé son refus sur la qualité d'offensé à lui reconnue par l'arbitre. Une offense est-elle plus réparée par le fer que par le plomb? Je l'ignore ; mais étant donné l'impossibilité où je me trouve de combattre à l'épée et la preuve médicale que vous en offriez, c'est au monde qui nous juge à nos actes de dire si le refus de combattre émane de votre client ou de son adversaire.

Avec mes vifs regrets de vous avoir inutilement dérangés, croyez-moi tout votre

P. Vasseur.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), Avesnes-le-Comte (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, Paris.
Billard, L. Lemaire, s^r (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, Paris. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, Paris.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, Bruxelles.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, Paris. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, Paris.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, Paris.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, Paris.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, Paris.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, Bruxelles. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, Paris. / Chateauroux.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, Paris.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, Toulouse.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, Paris. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, Paris. / 44, place de la République, Lyon. / 14, rue de Stassart, Bruxelles. / 4, rue du Grütli, Genève.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, Paris.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, Paris. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* / *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, Lyon. / 14, rue des Pyramides, Paris.
Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris / **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de Paris, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, Paris.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, Paris.





ASSASSINAT D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE DANS SON CABINET

MM. Schwartz et fils de Montpellier-Nîmes nous adressent à ce sujet la note suivante :

Les lecteurs de *L'Odontologie* ont appris sans doute par la presse de notre pays le terrifiant assassinat d'un de nos confrères, M. Yvon Simon, dentiste à Montpellier, commis dans l'après-midi du mercredi 19 juillet entre 2 et 4 heures, c'est-à-dire pendant sa consultation.

Tout semble indiquer qu'il y a eu préméditation et que les assassins étaient au moins deux, et leur audace a dépassé tout ce qu'on peut imaginer. M. Simon n'ayant pas de domestique pour recevoir les clients, laissait sa porte d'entrée parfois entr'ouverte, parfois fermée ; dans ce dernier cas il allait lui-même ouvrir. Il faut supposer que quelqu'un vit entrer M. Simon chez lui, après son déjeuner, suivi bientôt d'un ou de deux clients, pour avoir ainsi la certitude de sa présence dans son cabinet et à un moment donné insister d'une façon absolue pour entrer ou faire entrer quelqu'un afin de le consulter. Un seul client et la blanchisseuse s'étaient présentés, mais trouvant porte close et ne recevant pas de réponse à leurs coups de sonnette, ils s'en retournèrent. Il y a lieu d'ajouter que la maison de la victime est située sur l'un des endroits les plus fréquentés de Montpellier.

Le vol n'a pas été le mobile du crime, car, seuls, les objets que la victime portait sur elle, d'une valeur totale de 4 à 500 francs, ont été dérobés ; un simulacre d'effraction d'une armoire a été commis, mais rien n'a été enlevé. La vengeance est certainement le seul mobile et la justice s'est, croyons-nous, arrêtée à cette hypothèse. M. Simon devait se marier prochainement, nous a-t-on dit. De nombreux racontars ont circulé dans la ville, et les journaux se sont faits l'écho des histoires les plus fantaisistes à cet égard. Le concierge et une voisine ont vu sortir, vers 3 h. 1/2 ou 4 heures, de chez notre confrère, deux individus se cachant la figure comme s'ils souffraient des dents, et ils ont donné leur signalement. Il est à présumer que ce

sont les coupables. M. Simon, qui était âgé de 28 ans, ne jouissait pas d'une forte santé, il était atteint d'une maladie de cœur, il était petit et ne pouvait pas lutter contre deux hommes vigoureux. Il se préparait aux examens de la Faculté. Il était d'un caractère doux et était estimé.

Nous ne pouvons en cette triste circonstance que déplorer la mort tragique de notre jeune confrère et nous associer à la douleur de sa famille et de ses amis.



NÉCROLOGIE

LE Dr JULES SIMON

Nous apprenons le décès du docteur Jules Simon, ancien médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, médecin consultant des maisons de la Légion d'honneur, chevalier de la Légion d'honnenr.

Ses obsèques ont eu lieu à l'église Saint-Philippe du Roule, en présence d'une nombreuse assistance, dans laquelle on remarquait le grand chancelier de la Légion d'honneur, le surintendant des maisons d'éducation, les médecins des trois maisons de Saint-Denis, d'Ecouen et des Loges, etc., MM. Ch. Godon et de Lemos représentaient l'Ecole dentaire de Paris.

Le docteur Jules Simon s'était vivement intéressé pendant longtemps à l'œuvre entreprise par l'Ecole dentaire de Paris, avait assisté à plusieurs de ses séances de réouverture des cours et n'avait laissé échapper aucune occasion de témoigner sa sympathie à notre institution.

Nous adressons à sa famille nos respectueuses condoléances.

La Rédaction.



CORRESPONDANCE

Paris, le 14 septembre 1899.

Monsieur Ch. Godon,
Directeur de *L'Odontologie*, Paris.

Monsieur le Directeur,

J'ai le vif plaisir de vous annoncer que mes efforts tendant à former en France une Société en commandite par actions pour les fournitures dentaires, dans le but d'y intéresser MM. les Dentistes, viennent d'être couronnés d'un plein succès.

Le but que je poursuis étant tout à l'avantage de MM. les Dentistes en particulier et de leur profession en général, j'ai trouvé partout des adhérents empressés, ce qui m'a permis d'arriver si rapidement à la constitution définitive de la Société Française de Fournitures Dentaires, qui a eu lieu le 30 août dernier.

J'ai donc l'avantage de vous dire que le premier acte de la Société a été d'acquérir les établissements de la maison P. A. Koelliker et Cie à Paris, Lyon et Bordeaux, qui par conséquent appartiennent depuis le 1er septembre dernier à la nouvelle Société.

En ma qualité de gérant, je me permets de recommander tout particulièrement cette nouvelle association professionnelle à votre bienveillante attention.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma plus profonde considération.

G. Ott.



Mariage de M. Paulme.

Nous apprenons le mariage de notre confrère, M. Paulme, chef de clinique à l'École dentaire de Paris, avec Mlle Amélie Hamelin.

Tous nos compliments aux nouveaux époux.

Dentiste pour chevaux.

Nous avons sous les yeux la carte d'un praticien anglais dont la spécialité consiste à traiter les dents des chevaux. Il a deux installations, l'une dans une ville d'Angleterre, l'autre dans une ville de France, bien connues l'une et l'autre par leurs établissements d'élevage.

Ajoutons qu'il est attaché aux écuries du Prince de Galles.

Un dentiste décapité.

Saint-Pétersbourg, 10 septembre.

Un crime atroce a été commis cette semaine à Moscou : un dentiste très connu nommé Winawer, habitant au centre même de la ville, a été assassiné par son aide, garçon de dix-neuf ans, nommé Jean Davydow, qui, après l'avoir décapité avec une hache et lui avoir enlevé son argent et ses bijoux, l'a laissé sur le plancher de sa chambre à coucher, étendu à côté d'une longue caisse, d'une toile cirée et d'un paquet de clous.

La présence de ces objets indiquait que l'assassin avait voulu sans doute expédier le cadavre comme colis par chemin de fer, mais qu'il en avait été probablement empêché par quelque circonstance imprévue.

L'assassin a réussi à s'enfuir, et ce n'est qu'au bout de quatre jours que le corps de la victime a été découvert par des locataires de la maison.

(*Petit Journal.*)

AVIS.

Il vient d'être créé à l'Ecole dentaire de Paris deux places *d'aide de clinique*, rétribuées 500 francs par an chacune, pour 2 heures de présence trois fois par semaine (le matin de 8 h. à 10 h.), plus un dimanche sur deux.

Les candidats à ces postes sont invités à adresser leurs demandes au Secrétaire général, Dr Sauvez.

Il sera procédé à la nomination au choix, à la suite d'un concours sur titres.

DERNIÈRE HEURE

MM. L. P. Haskell et G. A. Yant de Chicago, ont été autorisés par l'administration de l'Ecole dentaire de Paris à ouvrir dans les locaux de l'école un cours de dentisterie opératoire et de prothèse. Ce cours, d'une durée de 15 jours, a commencé le 18 septembre et porte sur le travail des métaux, de la porcelaine, de la gencive continue, les obturations d'émail, le bridge-work, les redressements, etc.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. [redacted] »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DANS VILLE DE 35,000 AMES,** *station hivernale* (à cette époque, population augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, actuellement 30,000 francs.
Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires.
2 Installation récente et de premier ordre. **Tour électrique,** etc. etc. Pour renseignements, s'adresser Maison G. Ott et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-9)

---

3 ***CABINET DENTAIRE*** situé dans le 1er arrondissement à céder (pour raison de famille), muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z., Maison G. H. Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-7)

---

4 **BON OPÉRATEUR,** élève du *Dr Bing*, connaissant bien l'aurification, couronnes et travaux à pont, etc., désirerait une place, Paris ou province. Ecrire S. D. S., 45, Quai de Courbevoie, à Courbevoie (Seine). (155-4)

---

5 **A CÉDER** à Marseille, pour *cause de santé*, cabinet dentaire avec bonne petite clientèle. On céderait à part la clientèle, ainsi que l'outillage de cabinet et d'atelier en très bon état. S'adresser à la Pharmacie générale, Marseille. (156-4)

---

6 **DOCTEUR,** connaissant dentisterie et prothèse, achèterait bon cabinet Paris ou province ou accepterait une association. En cas d'association à Paris apporterait nombreuses relations mondaines et médicales. Ecrire à M. Hautié, 14, rue du Casino, aux Sables d'Olonne (Vendée). (157-4)

---

7 *Raison de santé*, **A CÉDER BON CABINET,** fondé depuis 19 ans, seul dans une *ville de l'Est*, très peu de frais, bonne clientèle, susceptible d'augmentation. Produit 12 à 13.000 francs. On demande 20.000 francs, dont moitié comptant. Ecrire à L. S. D. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-3)

---

8 **A CÉDER** tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées, seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix demandé, y compris l'installation très confortable : 8 000 fr, dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-3)

---

9 *A céder après fortune* **CABINET DENTAIRE,** 30 ans d'existence, clientèle riche, beau quartier, bénéfices nets justifiés 20.000 francs ; prix avec bon matériel 35.000 francs. S'adresser à M. E. Bigot, 12, boulevard Sébastopol, Paris. (160-2)

---

10 *On demande* pour la province un **BON MÉCANICIEN OPÉRATEUR,** *diplômé* ou *patenté*. S'adresser chez M. Mamelzer, 55, rue Bichat, Paris. (161-2)

---

11 **MÉCANICIEN,** cinq ans d'expérience, absolument au courant de tous travaux techniques, spécialiste pour la fabrication des ponts démontables « systèmes Müller et Vill », cherche situation dans cabinet de premier ordre. Certificats et recommandations à disposition. Ecrire à E. S. B. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (162-2)

---

12 **CHIRURGIEN-DENTISTE BELGE,** 40 ans, ayant été pendant de nombreuses années à la tête d'une grande clientèle en Angleterre, désire trouver la gérance d'un *Cabinet Dentaire à Paris* ou dans *station d'hiver*. Peu exigeant pour la rétribution et fournirait les meilleures références. S'adresser L. C. P. Guide Association, 15 rue des Petits Champs, Paris. (163-2)

---

13 **DOCTEUR EN MÉDECINE,** *Chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de médecine de Paris*, demande place d'opérateur ou part de cabinet à Paris ou en province, Ecrire aux initiales D. D. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (164-2)

Voir la suite page suivante.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros.......................... **8** francs
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *On demande* un **BON OPÉRATEUR,** diplômé, connaissant la prothèse; on pourrait traiter pour une cession ultérieure. Ecrire aux initiales B. L. B. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint Lazare, Paris. (165-²)

---

2 ***JEUNE FRANÇAISE,** diplômée Ecole Dentaire Genève et D. D. S.* (États-Unis), parlant couramment *anglais* et *allemand*, désire place assistant chez un bon dentiste. Écrire à D. J. F. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (166-²)

---

3 *On demande* un **BON MÉCANICIEN OPÉRATEUR** pour une ville du Midi (*Station hivernale*). Écrire aux initiales P. P. L. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (167-²)

19e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

PROPOSITION D'UN PROCÉDÉ (THÉORIQUE)

POUR ACTIVER LA TRANSFORMATION ALVÉOLAIRE APRÈS DES EXTRACTIONS MULTIPLES.

Par M. GEORGES MAHÉ.

Dans un précédent numéro de ce journal, une question a été posée dans la *Tribune ouverte* sur le sujet ci-dessus énoncé.

Puisque je me risque à écrire quelques lignes sur cette question, il me semble indispensable de les faire précéder de réserves formelles qui en préciseront, en les limitant, l'intention et la portée.

Et tout d'abord, la question me semble avoir été inspirée — mais c'est là une impression peut-être superficielle — par un état d'idées très courantes dans le public, mais fort éloignées de l'esprit scientifique et qui consistent à croire qu'une pharmacie est constituée par un assemblage bien ordonnancé de flacons et de bocaux dans chacun desquels se trouve un médicament répondant exactement à une affection déterminée, et que l'art médical se ramène en dernière analyse à choisir le bon bocal. C'est cette opinion qui fait le prestige du pharmacien auprès de nombre de gens qui

vont très sincèrement lui demander une potion pour une fracture ou une pommade pour une luxation.

Je pense inutile et superflu d'en discuter ici la fausseté.

« Quel est le mélange, est-il demandé, le plus parfait pour activer la guérison de la bouche et des alvéoles après des extractions multiples ? ».

La guérison d'une plaie accidentelle ou opératoire est une fonction essentiellement organique, vitale, comme on aurait dit il y a peu de temps encore, dont nous connaissons seulement le mécanisme dans ses grandes lignes et dont ce que nous savons de mieux, au point de vue thérapeutique, c'est que nous sommes incapables de la produire artificiellement.

Ici, comme sur bien d'autres points, la marche ascendante de nos connaissances nous a appris que le premier souci du médecin devait être de ne pas entraver les efforts de la *natura curatrix,* et ensuite seulement de les seconder, quand il le peut.

Dans la bouche, en particulier, cette action organique est vraiment merveilleuse et il n'est pas de région où les plaies opératoires soient, pour se réparer, plus indifférentes de tout secours étranger. Et si nous voulons essayer de faire quelque chose pour aider ce processus réparateur, il semble que nous devions nous borner à éloigner les causes qui pourraient l'entraver, à faire une antisepsie raisonnée, c'est-à-dire, suffisante mais *non exagérée*, car ce serait là le plus sûr moyen d'aller contre le but poursuivi en intoxiquant les cellules de nouvelle formation.

Si donc, je le répète, je me risque à écrire ces lignes *à propos* de la question posée, je tiens absolument à dire que je n'ai pas même l'intention d'y répondre, au moins dans le sens où elle a été formulée, et que je n'apporte pas le « mélange » demandé.

La seconde réserve que j'ai à faire a trait aux conditions toutes particulières dans lesquelles s'effectue la *guérison* dans la région alvéolaire.

Généralement on entend par « guérison » d'une plaie la restitution plus ou moins intégrale des tissus lésés, leur retour plus ou moins parfait à l'état antérieur. Après l'extraction d'une dent — et cela est de notion courante — la guérison n'est pas, pour l'os, le retour à l'état antérieur, mais le passage à un état nouveau. C'est plutôt une évolution, une transformation — aussi intéressante par sa signification morphologique que gênante pour la réalisation immédiate de nos desseins prothétiques.

On dit généralement qu'après l'extraction d'une dent « l'alvéole se résorbe ». C'est vrai ; mais je crois, d'après les constatations cliniques au moins, que cela n'est que partiellement vrai et que le travail de réparation alvéolaire est un peu plus complexe.

Je crois que, seule, la partie procidente de l'alvéole, le *procès alvéolaire,* se résorbe et que la partie basale, celle qui appartient plus proprement au corps de l'os, se répare véritablement, *se comble,* sans que j'aie d'ailleurs aucune donnée sur la façon dont peut s'effectuer ce travail.

Cette conception de la dualité du processus réparateur se base sur les trois constatations suivantes :

1) L'état de la gencive à la place d'une dent extraite depuis longtemps, les deux dents immédiatement voisines étant en place. On voit clairement que la résorption ne descend pas au delà de 2 à 3 millimètres du collet des dents encore en place, c'est-à-dire bien en deça des limites de l'alvéole antérieur.

2) La constatation identique et corrélative sur les crânes de sujets ayant subi pendant leur vie des extractions isolées.

3) L'état de la gencive consécutivement à une extraction laborieuse, ayant obligé l'opérateur à un délabrement plus ou moins important de l'alvéole. Dans ces cas la rétraction est toujours plus considérable que celle que produit la résorption naturelle.

De ces considérations il résulte qu'un procédé ayant pour but de *hâter l'évolution alvéolaire* serait, partiellement au moins, un acte *d'ablation,* ce qui peut paraître paradoxal au premier examen.

Ayant pour principe absolu, avant toute application prothétique — et je crois que ce sont des idées qui se généralisent heureusement — d'imposer à mes patients l'extraction de toute racine qui n'est pas absolument saine et une attente de trois mois entre la dernière opération et la prise de l'empreinte, j'ai été amené plusieurs fois à me demander s'il n'existerait aucun moyen d'abréger ce temps d'attente et les ennuis qu'il comporte aussi bien pour le praticien que pour le patient.

Je vais donc exposer le procédé auquel *j'ai songé* à ce propos, en spécifiant bien que c'est là une *proposition* purement *théorique*, que je n'ai pas encore exécuté cette opération et que je ne saurais en aucune façon prendre d'engagement quant aux avantages réels qu'elle pourrait présenter.

Cette opération consisterait, immédiatement après l'extraction :

1°) A décoller à l'aide d'un bistouri, ou mieux d'une rugine appropriée, le revêtement fibro-épithélial qui tapisse les procès alvéolaires (Fig. I-A B). Ce décollement devrait

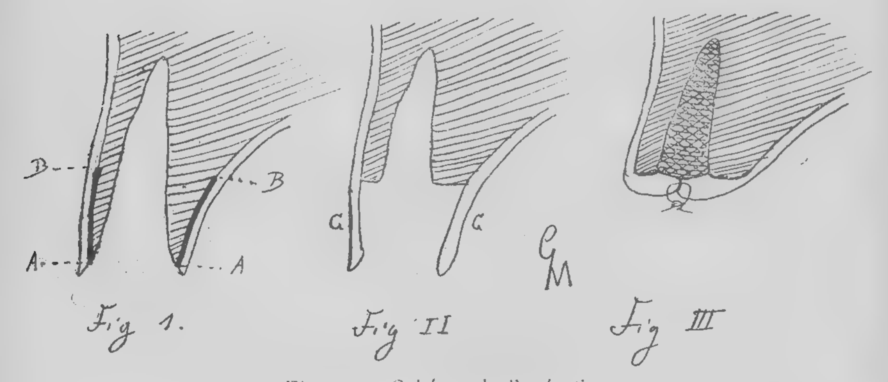


Fig. 14. — Schéma de l'opération.

remonter un peu au-dessus de la limite prévue de la résorption naturelle.

2°) A réséquer à l'aide d'une pince coupante de forme spéciale les procès alvéolaires. Je crois qu'il faudrait éviter

de faire cette résection à la fraise, qui laisserait trop d'esquilles dans la plaie.

3°) A implanter dans la cavité persistante de l'alvéole une cheville d'os de veau préalablement décalcifié et stérilisé. Il serait nécessaire, mais facile, d'avoir par avance une collection complète de ces chevilles.

4°) A rapprocher par dessus cette cheville les deux lambeaux gingivaux obtenus pendant le deuxième temps de l'opération (Fig. II-C C) et à les réunir par des sutures au crin de Florence. (Fig. III.)

Cette opération réaliserait donc le double desideratum exposé :

1°) Ablation immédiate de la partie procidente de l'alvéole ;

2°) Obturation immédiate de la partie basale du même alvéole.

Elle nécessiterait un outillage spécial, mais restreint : des rugines petites et fortes, des pinces coupantes à branches étroites et résistantes, peut-être une aiguille à suture spéciale.

Les soins préopératoires *indispensables* seraient une asepsie de la bouche aussi parfaite qu'il est possible, réalisable pratiquement :

1°) Par un brossage soigneux et prolongé de toutes les dents avec une solution savonneuse ;

2°) Par des bains de bouche ou des irrigations prolongés au moins pendant une heure avec une solution antiseptique peu toxique : le formol au 1000e me semble répondre parfaitement à cette indication.

Ces soins pris par le patient, dûment renseigné, avant de se présenter au rendez-vous, seraient rapidement renouvelés par l'opérateur immédiatement avant l'intervention.

L'opération elle-même serait naturellement aussi aseptique qu'il est possible (dans la bouche on ne peut jamais dire *absolument*).

L'anesthésie locale, d'après ce que nous a montré l'opération de Younger, semble être largement suffisante pour cette intervention.

Les soins post-opératoires consisteraient dans le maintien aussi soigneux qu'il est possible de l'asepsie buccale. Ils ne semblent pas devoir être plus astreignants que ceux que nécessite une réimplantation ou une implantation.

Les fils seraient enlevés au bout de « quelques » jours. La pratique indiquera exactement le temps d'attente utile.

La contre-indication à cette opération semble être un état septique nettement accusé de la région à opérer. Il ne faut pas oublier que l'os décalcifié pourrait être un milieu de culture.

Telles sont les idées, purement théoriques je le répète, que j'avais à exposer.

Quels seraient les résultats de ce procédé ?

Donnerait-il une réparation alvéolaire suffisamment rapide et suffisamment immuable pour permettre l'application précoce — 15 jours après, par exemple — d'un appareil définitif ?

Ce sont là des points que, seule, l'expérimentation pourrait éclaircir.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 20 mars 1899.

Présidence de M. CRUET.

M. Amoedo fait une communication sur un SPHACÈLE GRAVE DE LA BOUCHE.

Il donne sous ce titre l'observation d'un malade présentant un spacèle grave du bord gingival de la mâchoire inférieure, accentué surtout du côté droit.

Le malade ayant succombé et l'autopsie ayant permis de constater du ramollissement de la moelle, le Dr Amoedo attribue à cette dernière lésion les troubles trophiques observés du côté de la muqueuse gingivale.

DISCUSSION.

M. Rodier. — L'observation de M. Amoedo n'a que des rapports très éloignés avec celles de M. Sebileau. La malade n'est pas morte du sphacèle de la bouche, dont la marche n'a pas le caractère envahissant et récidivant. La cause infectieuse ne peut non plus être comparée.

M. Amoedo. — Si cette malade était morte en ville, l'autopsie n'aurait pas été faite ; on n'aurait pu savoir qu'elle avait subi une hystérectomie totale et l'on n'aurait pas constaté le ramollissement de la moelle.

M. Gourc. — Quoi qu'il en soit, les accidents n'étaient pas assez graves pour entraîner la mort ; l'auteur a dit lui-même que le sphacèle était limité ; il n'y avait pas la nécrose osseuse et les désordres très grands qu'avait pu constater M. Sebileau dans ses deux observations.

M. Pietkiewicz. — L'état de la bouche a été complètement passé sous silence ; M. Amoedo était cependant bien placé pour l'observer.

M. Amoedo. — A l'époque à laquelle remonte cette observation, j'étais stagiaire et je n'ai pas porté assez d'attention sur ce sujet.

M. Cruet. — L'observation n'est peut-être pas tout à fait assez complète, mais elle est intéressante. La nécrose a pu être produite par les embolies septiques chez un sujet débilité, et l'on peut faire cette conjecture que ces embolies septiques ont été aidées dans leur action par un état infectieux préexistant de la bouche. Dans tous les cas, pour que le malade mourût de son sphacèle, il eût fallu que celui-ci fût plus grave et plus étendu.

M. Dumont en collaboration avec M. Legrand fait une communication intitulée : LA NIRVANINE, NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL.

Ces auteurs exposent en quelques mots les propriétés physiologiques de la nirvanine, indiquent la façon dont on doit employer ce nouvel anesthésique et recommandent la solution à 5 o/o.

Ils reconnaissent que c'est là un excellent analgésique, moins toxique que la cocaïne, mais ayant l'inconvénient de donner, après l'extraction, beaucoup de sang.

On peut remédier à cet inconvénient en employant une solution gélatineuse.

DISCUSSION.

M. Gourc. — Si j'ai bien compris, la dose de nirvanine à injecter pour obtenir l'anesthésie dans l'extraction d'une dent est de vingt à quarante centigrammes. Or, les formules de solution que nous donne M. Dumont sont au vingtième ; il faudra donc injecter de quatre à huit grammes de liquide; je déclare, pour ma part, l'impossibilité dans un très grand nombre de cas d'injecter une dose de liquide aussi forte. J'emploie d'ordinaire une seringue de deux grammes avec cinq centigrammes de chlorhydrate de cocaïne et quelquefois je n'arrive pas à injecter les deux grammes de ma solution.

M. Gires. — L'auteur pourrait-il nous donner le coefficient de toxicité de ce produit ?

M. Dumont. — J'ignore ce coefficient, mais je sais qu'il a été établi.

M. Rodier. — Au point de vue pratique, je ne vois aucune supériorité à ce produit et de plus il doit être employé concurremment avec des hémostatiques. Comme l'a dit M. Gourc, il faut injecter une trop grande quantité de liquide dans la muqueuse. J'emploie, pour ma part, une solution contenant 2 centigr. de chlorhydrate de cocaïne et 1 centigr. d'eucaïne pour 1 gramme d'eau, ce qui me suffit dans tous les cas. Je n'ai jamais eu d'accident ; en outre dans bien des circonstances je me verrais dans l'impossibilité d'injecter une plus forte quantité de liquide. M. Dumont parle de 10 à 25 minutes pour obtenir l'anesthésie, ce qui parait assez long, mais il ne nous a pas donné la durée de l'anesthésie. Il compare, de plus, le défaut de la nirvanine à favoriser l'hémorrhagie avec l'eucaïne; ce dernier produit donne peut-être un peu de douleur à l'injection, mais je n'ai jamais eu l'occasion de constater qu'il excitât l'hémorrhagie. Dans l'observation citée il n'est pas dit si la malade a souffert pendant son extraction. En résumé c'est un nouvel anesthésique qui n'offre qu'un intérêt de pure curiosité.

M. Dumont. — C'est un corps trop nouveau pour que je puisse apporter ici des observations complètes et susceptibles d'arrêter tou-

tes sortes de reproches ou d'objections, mais il fallait l'étudier rapidement et c'est ce que je me suis attaché à faire.

M. Gourc. — La malade avait subi antérieurement une extraction très douloureuse, alors que celle qu'a faite M. Dumont s'est passée sans douleur ; mais ceci ne prouve rien. Il aurait fallu parler un peu plus longuement de cette dent. On comprend très bien que si le premier opérateur a dû aller chercher les trois racines d'une grosse molaire avec des élévateurs et si l'extraction a été laborieuse, l'opération n'est en rien comparable à la sienne.

M. Rodier. — Où peut-on se procurer ce produit ?

M. Dumont. — J'ai eu environ cinq grammes de ce produit comme essai, mais on n'en trouve pas dans le commerce.

M. Pietkiewicz. — Le mot hémophile est revenu très souvent dans les observations de M. Dumont ; j'objecterai cependant qu'on ne voit pas de ces sujets très couramment.

M. Dumont. — J'ai vu un hémophile il y a six mois et j'avoue qu'une solution d'eucaïne gélatinée a fort bien réussi.

M. Cruet. — Je crois que M. Dumont ne devrait pas comparer les solutions d'eucaïne gélatinée à celles faites avec la nirvanine, puisqu'il n'a pas eu à observer d'hémophile dans ses expériences. Quoi qu'il en soit, nous devons encourager l'auteur de la communication à poursuivre l'étude de ce produit, à nous apporter des observations détaillées sur les cas particuliers qui peuvent se présenter, puisque dès maintenant date est prise

M. Rodier fait une communication sur UNE EXTRACTION COMPLIQUÉE. Il cite l'observation d'une dame chez laquelle l'extraction de la 1re grosse molaire aurait présenté les plus grandes difficultés. Il s'aperçut au cours de l'opération que la racine postéro-externe était soudée à une masse cémentaire qu'il crut être un odontome radiculaire dont il décida l'ablation. Cette masse une fois extraite, le Dr Rodier s'aperçut que c'était la 2e grosse molaire qui était restée incluse dans le maxillaire et dont les racines étaient soudées à la racine postéro-externe de la 1re grosse molaire.

La guérison était complète au bout de 2 mois.

DISCUSSION.

M. Cruet. — Je veux faire une observation de tactique opératoire. Pourquoi l'auteur s'est-il obstiné à vouloir enlever la troisième racine qui ne voulait pas sortir ? La racine qui sort est celle qui produit les accidents ; il n'y a donc pas intérêt immédiat à enlever ce qui reste ; il vaut mieux faire revenir le sujet quelques semaines après.

M. Rodier. — C'était pour moi une question de pur amour-propre. Au début de ma carrière je ne laissais jamais partir un malade sans le

débarrasser complètement, car il est quelquefois difficile de le convaincre qu'il peut s'en aller sans danger pour l'avenir, s'il reste une des racines dans sa bouche ; mais j'avoue maintenant laisser quelques racines.

M. Gourc. — On n'a pas souvent de pièces aussi intéressantes à présenter.

M. Pietkiewicz. — Le cas de M. Rodier est en effet très rare.

Séance du 18 *avril* 1899.

Présidence de M Cruet.

M. Richer présente une malade et ajoute : « Cette malade est venue me consulter à l'hôpital Tenon parce qu'elle ne pouvait plus manger, à cause de l'articulation ou plutôt du défaut d'articulation de ses dents. Si on la regarde en effet, la bouche entr'ouverte, mais les dents serrées, on s'aperçoit tout de suite que les incisives et les canines laissent entre elles un espace de 6 millimètres en hauteur, sans qu'il y ait prognathisme. Les molaires inférieures, qui sont au complet, articulent très serré avec les molaires supérieures, cariées, dont la couronne a complètement disparu et qui sont réduites à l'état de chicots douloureux. Seule, la première prémolaire supérieure droite articule avec ses antagonistes et encore seulement par son tubercule externe. Il n'y a pas dans toute la bouche d'autre point de contact utilisable.

J'ai à peine eu le temps de voir cette malade, et je la présente non pour donner mon avis, mais pour avoir l'opinion de mes collègues au sujet des indications du traitement, en ayant bien soin d'établir que le desideratum de la malade porte sur le côté fonctionnel beaucoup plus que sur le côté esthétique.

Discussion.

M. Rodier. — Je suis d'avis d'enlever toutes les racines des molaires du haut : j'agirais de même pour les petites molaires droites, dont l'une est en dedans de l'arcade et l'autre ne mord que par un seul cuspide externe. La dent de sagesse sauterait également ; ainsi l'occlusion des mâchoires serait obtenue.

A ce moment on ferait sortir les canines au *moyen* d'un appareil quelconque de redressement et l'on ferait une pièce prothétique pour permettre à la patiente de mastiquer.

M. Saussine. — En agissant ainsi on obtiendrait d'abord un bon résultat immédiat du fait de l'occlusion des mâchoires, mais bientôt surviendrait une autre difformité non moins grave : la procidence des incisives supérieures.

Je placerais en haut un appareil dilatateur de Delabarre et, par

une fronde appliquée sur la mâchoire inférieure, j'arriverais à corriger le prognathisme de l'arcade inférieure.

M. Pietkiewicz. — La malade qu'on nous présente demande avant tout qu'il lui soit possible de manger. Peu lui importe que ses incisives soient écartées, puisqu'il en fut toujours ainsi chez elle.

Voilà pourquoi M. Rodier dépasse le but en enlevant les petites molaires droites ; à mon avis, si limité que soit un contact naturel, il vaut mieux qu'un contact artificiel. Je garderais donc ces petites molaires, ainsi que la dent de sagesse, j'enlèverais toutes les racines des molaires et, profitant de la forme ogivale du palais, je ferais un appareil sans lames ni crochets, qui permettrait à la malade de mastiquer ainsi qu'elle le faisait jadis.

M. Rodier. — Je crois que nous ne devons pas négliger le côté esthétique, et d'ailleurs ce ne serait pas de si mauvaise prothèse que de permettre à notre malade de couper les aliments, ce qu'elle n'a jamais pu faire jusqu'aujourd'hui.

M. Cruet. — Il y a là une difformité congénitale que rien ne saurait faire disparaître ; aussi suis-je d'avis d'enlever simplement les racines des molaires et de faire un appareil de prothèse.

M. le Dr Chompret lit une communication sur LA DENT D'HUTCHINSON.

Il donne la description de la dent d'Hutchinson telle qu'elle a été exposée par l'auteur anglais lui-même.

Il complète cette description par les divers caractères que le professeur Fournier a observés sur cette dent.

Il pense que les maladies graves de la mère pendant la période fœtale et toutes les affections de l'enfance peuvent déterminer la dent d'Hutchinson, mais que cependant la syphilis doit être le plus souvent incriminée.

DISCUSSION.

M. Rodier partage l'opinion de M. Chompret.

M. Pietkiewicz cite le cas d'une malade atteinte d'hérédo-syphilis, qu'il présentera à la Société.

M. Cruet. — La vraie dent d'Hutchinson était considérée jadis comme caractéristique de la syphilis.

M. Chompret ne partage plus cette opinion qui, cependant, est énoncée dans les ouvrages de M. le professeur Fournier, lequel, d'ailleurs, a changé d'opinion à cet égard.

M. Cruet a toujours pensé que les maladies graves pouvaient créer des érosions dentaires analogues à celles de la syphilis ; il est très heureux d'apprendre que cette dent d'Hutchinson n'est pas considérée comme caractéristique de la syphilis.

M. Chompret lit un passage d'une note de M. le professeur Fournier dans laquelle cet auteur expose son avis sur la dent d'Hutchinson.

M. Cruet. — A-t-on des observations de sujets non syphilitiques présentant des dents dont le type est celui de la dent d'Hutchinson ?

M. Rodier. — Oui.

M. Gaillard. — Parrot établissait que la dent d'Hutchinson était syphilitique. A cette époque M. Gaillard combattait déjà cette théorie.

M. Chompret. — En 1893 M. Regnault a constaté chez le singe la dent d'Hutchinson.

M. Pietkiewicz. — La syphilis du singe a été soutenue par certains auteurs.

M. Cruet. — La valeur des observations anciennes peut malheureusement toujours prêter matière à discussion et il est souvent très difficile de reconnaître dans celles-ci ce qu'on entendait exactement par dent d'Hutchinson ; de là ces discussions qui recommencent toujours et dureront probablement longtemps encore.

M. le Dr Bouchacourt fait une communication SUR L'UTILISATION DES RAYONS DE RŒNTGEN EN STOMATOLOGIE.

DISCUSSION.

M. Pietkiewicz. — Le Dr Bouchacourt vient de nous faire une très intéressante démonstration de sa méthode endodiascopique pour l'application des rayons de Rœntgen à l'examen de la bouche et des dents en particulier, et nous ne saurions trop le remercier lui et son collaborateur, M. Rémond, pour toute la peine qu'ils se sont donnée, cette démonstration exigeant le transport d'un matériel lourd et encombrant. Je crois aussi, en principe, que nous devons accueillir avec empressement toutes les nouvelles méthodes d'investigation que les expérimentateurs mettent à notre disposition, et que nous n'avons jamais trop d'éléments de certitude pour asseoir et confirmer notre diagnostic.

Insuffisamment renseigné sur les procédés de la méthode endodiascopique par le Dr Bouchacourt, je reconnais que je me suis exagéré les dangers de l'endodiascopie, sans être bien sûr cependant qu'ils soient absolument nuls ; mais le grand reproche que je fais au procédé du Dr Bouchacourt, c'est que, si l'ampoule est en effet placée assez près de l'objet à examiner, l'écran, la plaque ou la pellicule sensible destinés à recevoir l'image en sont au contraire très éloignés et dans ces conditions cette image se trouve très déformée et manque absolument de netteté. En outre l'éclairage m'a paru insuffisant et nous ne pourrions ainsi certainement voir ce qui nous importe : les lésions des racines ou même de leurs anomalies. La rapidité de l'examen endodiascopique, très séduisante au premier abord,

est donc un peu illusoire ; la radiographie dans ce cas peut par conséquent seule nous donner quelque certitude et je ne vois plus alors l'avantage d'un éclairage insuffisant au moyen d'une ampoule dont le maintien dans la bouche est fort gênant pour le patient. Une des applications les plus intéressantes et certainement d'une grande importance clinique pour nous des rayons X, c'est son emploi pour la recherche et la localisation des racines ou des dents incluses, de la dent de sagesse en particulier. Presque toujours dans ce cas nous avons de la contracture, voire même une occlusion complète de la bouche, et il serait absolument impossible d'y introduire une ampoule.

Pour me résumer, si la méthode endodiascopique peut quelquefois nous être utile pour un examen facile et rapide, pour le moment au moins ses applications me paraissent très limitées et son usage beaucoup moins certain et pratique que la méthode ordinaire avec la technique dont j'ai donné ici les détails. Mais je serais désolé si M. Bouchacourt voyait dans ces critiques autre chose qu'un encouragement à continuer ses recherches et à perfectionner ses procédés. Ce qu'il a fait déjà est pour nous une promesse qu'il fera plus et mieux encore dans l'avenir.

M. le Dr Sebileau présente une malade opérée pour une TUMEUR DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE dont la nature lui reste inexpliquée.

Discussion.

M. Pietkiewicz. — Etant donné la situation et le développement de la tumeur, il est certain que M Sebileau s'est trouvé en présence d'un kyste développé aux dépens du follicule de la dent de sagesse.

M. Chompret. — M. Sebileau aurait dû trouver la dent de sagesse au cours de l'opération, si le kyste était d'origine folliculaire.

M. Pietkiewicz. — Si le kyste est d'origine folliculaire, on n'a pas dû trouver la dent de sagesse.

M. Chompret. — Je croyais qu'on trouvait toujours dans un kyste folliculaire un élément de la dent de sagesse.

M. Sebileau. — Les renseignements que m'a donnés la malade au point de vue dentaire sont vagues : quant à moi, je me suis placé surtout au point de vue chirurgical et non dentaire. Au cours du curettage que j'ai pratiqué, je n'ai rien trouvé.

L'opinion de M. Pietkiewicz me paraît justifiée :

M. Richet. — J'ai eu l'occasion de constater une tumeur de même origine développée au niveau de la deuxième molaire qui n'avait jamais fait son évolution.

M. Cruet. — L'observation de M. Pietkiewicz pourrait avoir une certaine portée, mais qui disparaît vraiment, si l'on veut bien s'atta-

cher aux renseignements dentaires fournis par M. Sebileau et à l'étude attentive de son observation et de son malade.

D'après la description de M. Sebileau et l'examen de la malade, nous nous trouvons manifestement en présence d'un type du kyste paradentaire, tumeur à coque osseuse et à développement prodigieux, qui a eu pour origine une infection ayant pénétré par le sommet de la racine de la dent de sagesse.

M. Cruet cite un cas analogue soigné par lui à Calais.

Cette tumeur est donc un kyste paradentaire périostique de la racine.

M. Rodier. — Ce n'est pas un kyste périostique de la racine, c'est un kyste paradentaire né aux dépens du follicule et non de la racine.

M. Cruet. — Il s'agit de s'entendre. Malassez a précisément démontré que le kyste dit périostique de Magitot naît aux dépens de l'épithélium paradentaire. — L'envahissement de l'épithélium paradentaire peut se faire par voie radiculaire ou par voie gingivale probablement, ainsi que je l'ai dit ailleurs, par des éléments infectieux que nous ne connaissons pas encore, car ce qu'on appelle l'irritation simple n'a pas grande signification.

M. Sebileau. — Quel que soit leur siège, ces kystes sont toujours paradentaires.

Séance du 15 *mai* 1899.

Présidence de M. le Dr Cruet.

M. Pietkiewicz. — Je veux seulement ajouter quelques mots aux observations que j'ai faites après la très intéressante démonstration de MM. Bouchacourt et Remy. Avec le plus grand empressement et la plus extrême obligeance ces messieurs s'étaient mis à ma disposition pour examiner par leur procédé les malades que je voudrais leur amener. Je choisis pour cette épreuve deux cas intéressants déjà soumis aux rayons X : un de mes patients dont je présenterai tout à l'heure la radiographie et l'observation et une malade de l'Hôtel-Dieu. Notre premier rendez-vous pris pour le deuxième samedi suivant la séance de la société dut être remis à huitaine, l'ampoule spéciale pour l'examen de la bouche n'ayant pu tenir le vide. Lors de notre rendez-vous, l'ampoule préparée pour la séance fut grillée, avant même de pouvoir nous en servir, dans l'essai préparatoire qu'en fit le Dr Bouchacourt, et nous dûmes avoir recours à une ampoule moins réduite de volume et faite pour l'examen d'une toute autre cavité naturelle que la bouche. D'après MM. Bouchacourt et Remy, un des grands avantages de l'endodiascopie est de pouvoir faire immédiatement un examen à l'écran au lieu d'être obligé

de recourir à la radiographie ; à cet égard l'expérience fut absolument négative. Je voulais, chez la malade d'hôpital, examiner les sommets des deux incisives centrales supérieures, un de ces sommets ayant des lésions mises en évidence par une radiographie antérieure ; il nous fut impossible de rien voir, le nez empêchant d'approcher la jumelle et d'appliquer l'écran.

Pour mon patient il s'agissait d'une dent de sagesse incluse, dont la présence avait été révélée par la radiographie. Nous ne fûmes pas beaucoup plus heureux. Pour moi qui connaissais la présence et la situation de la dent de sagesse, qui avais dans l'œil, pour ainsi dire, le maxillaire de mon malade et l'organe qu'il renfermait, je crus apercevoir quelque chose, une tache indicatrice. Quant à MM. Bouchacourt et Remy, qui ne s'étaient pas comme moi livrés à des recherches antérieures, ils déclarèrent, avec la meilleure foi du monde, qu'ils n'y voyaient rien du tout et m'offrirent de faire la radiographie de mon malade par la méthode endodiascopique. Quelques jours après, un petit mot un peu découragé de notre jeune confrère m'apprenait que l'épreuve photographique n'avait rien donné.

Ces expériences ne font donc que confirmer la portée des objections que j'ai faites à l'application pour nous de la méthode endodiascopique ; mais si elles prouvent que pour la bouche cette méthode n'est pas toujours applicable, comme l'espérait l'auteur, cela ne veut pas dire que nous devons la rejeter complètement. Quoique son application me paraisse devoir être limitée à certains cas faciles, nous ne pouvons qu'encourager les auteurs de la méthode endodiascopique à continuer leurs recherches, à perfectionner surtout leur outillage et, pour mon compte particulier, je suis heureux de les remercier publiquement des efforts qu'ils font pour mettre à notre disposition un nouveau moyen d'examen et de diagnostic et de la bonne grâce avec laquelle ils ont accueilli mon désir de mettre leur méthode à l'épreuve.

Présentation par M. le Dr Pietkiewicz.

J'ai l'honneur de faire passer sous les yeux des membres de la Société la radiographie d'un de mes malades dont je résumerai l'observation aussi brièvement qu'il est possible.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, nerveux, mais bien portant et doué d'un système dentaire déplorable. A l'âge de 16 ou 17 ans une grosse molaire supérieure droite cariée et douloureuse lui fut extraite ; c'est la seule fois qu'il eut recours à une intervention chirurgicale ; mais, depuis, toutes ses molaires du haut et du bas ont successivement disparu, les couronnes détruites par la carie se fracturant les unes après les autres et les racines s'éliminant ensuite d'elles-mêmes, sauf une seule. Il ne lui reste plus actuellement que les incisives, les canines

et les prémolaires cariées, mais obturées. Le fond de la bouche est complètement dégarni, il ne reste qu'une racine de dent de sagesse en bas et à gauche affleurant la gencive.

Le malade n'a pas prêté une attention particulière à ses dents de sagesse. Pour lui elles ont fait leur éruption sans lui causer d'ennui, se sont cariées comme les autres dents et ont disparu comme elles, sauf la racine de la dent de sagesse inférieure gauche.

Au commencement de l'année 1898, le malade commença à souffrir dans le fond de la bouche et à droite au niveau de l'angle de la mâchoire. C'était une douleur sourde, continue, mal localisée et légère ; quelquefois la joue se gonflait pendant quelques jours. Au mois de septembre un abcès se forma à l'intérieur de la bouche. Cet abcès fut ouvert, il s'écoula à ce moment une assez grande quantité de pus et depuis cette époque il suinte constamment du pus par l'ouverture de l'abcès et le gonflement de la joue a persisté. Le médecin du malade nous l'adressa à la fin de décembre 1898.

A ce moment je constate au niveau de la réunion de la branche horizontale et de la branche montante du maxillaire, là où a eu lieu l'ouverture de l'abcès, une tuméfaction et une induration de la muqueuse remontant sur la face interne de la joue et s'étendant en avant jusqu'auprès de la deuxième prémolaire inférieure. La pression est peu douloureuse et détermine, par la fistule, la sortie d'un pus blanchâtre assez épais. En dehors, la joue est gonflée, l'angle de la mâchoire est le siège d'un empâtement diffus au milieu duquel le palper révèle cependant la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une petite noisette ; l'ouverture de la bouche est très limitée. J'élargis la fistule avec le galvano-cautère, je prescris des injections et des lavages antiseptiques.

Je revois le malade quelques jours après, au commencement de janvier 1899. La bouche s'ouvre plus facilement, l'empâtement de l'angle de la mâchoire a diminué, ainsi que le gonflement de la muqueuse ; le pus sort facilement par l'ouverture élargie de l'abcès.

Un stylet introduit par la fistule vient buter sur un corps dur, rugueux, dont il est difficile de déterminer ainsi la nature : os ou dent.

Le malade est persuadé que sa dent de sagesse a évolué normalement et a disparu par carie comme les dents voisines.

Pour préciser le diagnostic et établir la nature du corps du délit, je détermine mon patient à se soumettre aux rayons X.

Je fais passer aujourd'hui sous les yeux des membres de la Société l'épreuve radiographique obtenue par les soins de M. Radiguet d'après mes indications.

Les rayons X nous décèlent la présence d'une dent de sagesse volumineuse incluse profondément.

J'ai cru intéressant de présenter à la Société cette radiographie qui m'a permis d'établir un diagnostic précis, de déterminer sûrement le traitement et le mode d'intervention et est une preuve de plus de la grande utilité que peut être pour nous l'application des rayons de Röentgen dans certains cas difficiles de notre pratique.

(*Extrait de la* REVUE DE STOMATOLOGIE)

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud**, 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.

Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris — **TELÉPHONE 214.47.** — 45, r. de la République. Lyon. — 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / *Tube anesthésique.* — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

CLASSIFICATION DES VICES D'ARTICULATION

Par M. Angle.

Traduit du *Dental Cosmos* par M. Ch. Weber,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Le terme « irrégularité des dents » qu'on emploie pour désigner des dents affectées de torsion ou disposées inégalement, n'exprime pas, dans l'opinion des auteurs, la pensée exacte de ces anomalies.

Il semble que le terme d'articulation vicieuse serait plus explicite, car il ne faut pas oublier l'importance que présente le système dentaire au point de vue du rapport des deux mâchoires et du rapport individuel d'une dent avec l'autre.

La forme des cuspides, des couronnes, des racines et leur structure, ont été créées dans le but d'assurer l'articulation, afin de pouvoir remplir la fonction qui leur a été attribuée, à savoir : la trituration des aliments.

Si l'on examine attentivement les dents, on voit qu'elles ne peuvent être atteintes d'irrégularité, si l'articulation est parfaite. Non seulement les dents doivent être régulières et égales, chacune contribuant au soutien des autres, mais les maxillaires, les muscles de la mastication, les lèvres, et même les lignes de la physionomie doivent être en harmonie avec le type particulier de physionomie de l'individu.

Il semble donc que le terme d'articulation vicieuse d'une dent ou d'une série de dents n'exprime pas seulement mieux le véritable état, mais fait ressortir naturellement l'importance capitale de l'articulation dans l'étude et le traitement de ces difformités, au lieu de la reléguer au second plan et quelquefois de la négliger entièrement.

Je demeure fermement convaincu que l'articulation est la base véritable de la science et que, dans le traitement des cas, à moins que l'articulation ne soit rétablie, les résultats friseront l'insuccès.

Dans les pages qui suivront l'articulation sera le pivot central de ce travail. Nous représenterons l'orthodontie comme la science ayant pour objet la correction d'une articulation vicieuse des dents.

Diagnostic des cas.

Il est inutile d'insister longuement sur l'importance capitale d'un diagnostic correct d'un cas d'articulation vicieuse dont on veut obtenir la guérison. Sans cela tout plan de traitement est incertain quant au résultat, et l'on est conduit par ce fait à un insuccès et à tous ses ennuis.

En commençant je voudrais montrer la nécessité absolue de séparer le *diagnostic* du traitement.

Si cette chose me semble si nécessaire, c'est que j'ai maintes fois constaté un conflit né du désir de considérer ces deux points ensemble et du premier coup ; par exemple la question de la correction au moyen d'un appareil ou au moyen de l'extraction se résout presque toujours à première vue et avant d'avoir considéré posément les faits sur lesquels on se base pour ordonner un de ces deux moyens.

Il est évident que si le diagnostic est bien porté tout d'abord, la ligne thérapeutique à suivre et le plan des appareils à construire pour amener les dents à leur place sont nets et en découlent clairement.

Pour diagnostiquer tous les cas d'articulation vicieuse correctetement il est nécessaire d'être familier d'abord avec l'articulation normale ou idéale des dents, ensuite avec les lignes normales de la physionomie. Ce n'est que par ce moyen qu'on se fixera dans l'esprit la base de ce qui servira à remarquer et à comprendre toutes les déviations du type normal.

La connaissance de l'articulation des dents, qui est de la plus haute importance, devrait comprendre non seulement la connaissance des rapports normaux des surfaces d'articulation des dents permanentes et des dents temporaires, mais l'ensemble de leur forme et de leur structure.

La croissance et le développement normal des mâchoires et de leurs muscles, ainsi que le développement des dents et des périodes normales d'éruption sur les arcades, exige une étude sérieuse.

Notre sujet aurait eu une plus grande portée si nous avions pu y joindre l'étude comparative de l'articulation dentaire chez les animaux inférieurs.

Articulation normale.

Cette partie de l'étude forme la base de la science et la plus importante pour celui qui s'occupe d'orthodontie. Les limites fixées accordées à cet ouvrage ne nous permettront pas de considérer beaucoup de ses différentes phases.

Si nous nous rapportons aux figures 15 et 16 qui représentent les dents dans leur articulation idéale, on verra que chaque arcade dentaire décrit une courbe gracieuse ; et que les dents sur les arcades sont arrangées de façon à se trouver dans la plus grande harmonie avec leurs correspondantes dans la même arcade aussi bien que dans l'arcade opposée.

L'arcade inférieure est un peu plus petite que l'arcade supérieure, de sorte que dans l'articulation les surfaces labiales et buccales des dents de la mâchoire supérieure surplombent sur celles de l'arcade inférieure.

La clef de l'articulation est formée par la position relative des premières molaires.

Dans l'articulation normale le cuspide mésio-buccal de la première molaire supérieure s'engrène dans le sillon qui se trouve entre les deux cuspides mésio-buccal et disto-buccal de la dent inférieure [1].

La partie qui surplombe légèrement les dents supérieures amène les cuspides buccaux des bicuspides et des molaires de la mâchoire inférieure dans le sillon mésio-distal de leur antagoniste, tandis que les incisives centrales, les incisives latérales et les canines recouvrent les inférieures environ un tiers de leur longueur de leur couronne.

Les centrales supérieures étant plus larges que les inférieures s'étendent nécessairement au delà de celles-ci du côté distant et en outre environ à une moitié de la latérale inférieure.

Les latérales supérieures s'articulent avec la portion qui reste de cette dent et le côté déclive [2] et médian de la canine inférieure. Le côté médian et déclive de la canine supérieure s'articule avec le côté déclive distant de l'inférieure ; le côté déclive distant de la canine supérieure s'articule avec le côté déclive médian du cuspide buccal de la première bicuspide inférieure. Le côté déclive médian du cuspide buccal de la première bicuspide supérieure articule avec le déclive distant du cuspide buccal de la première bicuspide inférieure. Cet ordre se continue dans les bicuspides.

---

1. Bien que les termes de mésio-buccal et disto-buccal paraissent embarrassants et compliqués pour la compréhension de ce que l'auteur entend ainsi dénommer, il n'est rien de plus simple et de plus pratique. En effet, si l'on divise la parabole décrite par les arcades dentaires en deux parties égales par un axe fictif passant par son milieu, le côté externe de chaque dent de bouche qui s'éloigne de cet axe s'appelle distant et le côté externe se rapprochant au contraire de cet axe est dit médian.

2. Donc, les cuspides mésio-buccal et disto-buccal ne sont autres que les cuspides antérieurs et postérieurs du côté externe pour les grosses molaires. (*Note du traducteur.*)

Les surfaces déclives médian et distant du cuspide mésio-buccal de la première grosse molaire supérieure articulent avec les cuspides médians et disto-buccaux de la première molaire inférieure, et les surfaces déclives du cuspide disto-buccal articulent avec les cuspides disto-buccal et mésio-buccal de la seconde molaire inférieure.

Ce même ordre se continue avec la seconde et la troisième molaire, car la face déclive distante du cuspide disto-buccal de la troisième molaire supérieure n'articule pas.

On voit ainsi que chacune des dents des deux mâchoires a deux antagonistes ou appuis sur la mâchoire opposée, excepté les incisives centrales inférieures et les troisièmes molaires supérieures.

De même que les plans inclinés correspondent et s'harmonisent parfaitement dans les rapports articulaires des dents du côté buccal, de même il y a un arrangement semblable du côté lingual.

Dans les rapports transversaux les cuspides buccaux des molaires inférieures passent entre les cuspides buccaux et linguaux des molaires et des bicuspides supérieures, et les cuspides linguaux des molaires et des bicuspides inférieures passent entre les cuspides buccaux et linguaux des molaires et bicuspides supérieures.

Les surfaces masticantes sont de cette manière beaucoup plus grandes en étendue et en force que si elles consistaient en une seule rangée de cuspides ou de surfaces planes.

Mais l'étendue de la surface masticante n'est peut-être pas la seule raison d'être de cette interpolation complexe des cuspides et des plans inclinés des dents. La fonction très importante des cuspides et des plans inclinés consiste dans l'appui mutuel des dents.

La grandeur et la forme des surfaces articulantes et la position des dents dans les arcades sont faites de telle sorte qu'elles se donnent réciproquement, séparément ou collectivement le plus grand appui possible dans toutes les directions.

Une autre fonction importante remplie par les plans inclinés des cuspides consiste à influer sur la direction des dents pendant l'éruption et quand elles prennent leur position dans l'arcade.

Si cependant leur influence est diminuée, ils peuvent ainsi devenir des facteurs nuisibles et produire des vices d'articulation.

Lorsque les dents émergent au début, on remarque souvent un déplacement considérable ; mais cela ne doit pas causer d'inquiétude pourvu qu'au fur et à mesure de l'éruption les cuspides viennent s'emboîter normalement dans les plans inclinés et cuspides antagonistes. Si, au lieu de subir l'influence normale, il y a déviation, ils ne seront pas seulement détournés de leurs rapports propres dans l'arcade, mais ils favoriseront le déplacement des dents antagonistes, de sorte que la démarcation entre la régularité et l'irrégularité de

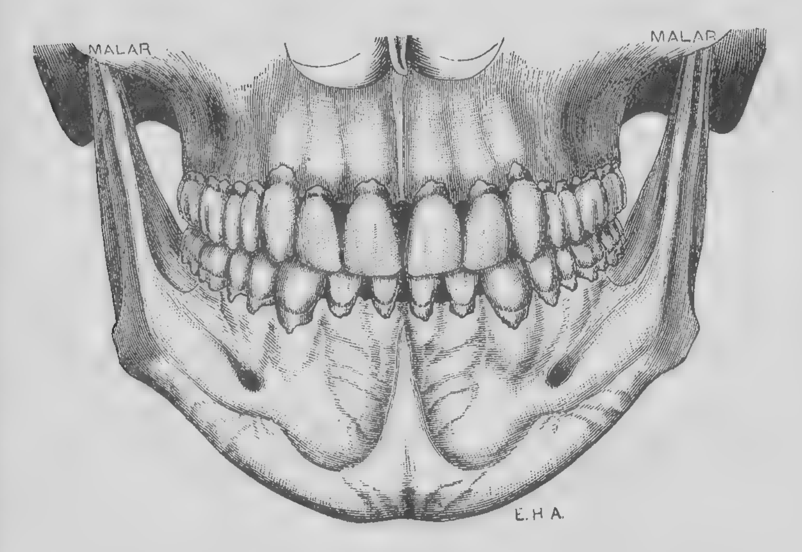


Fig. 15.

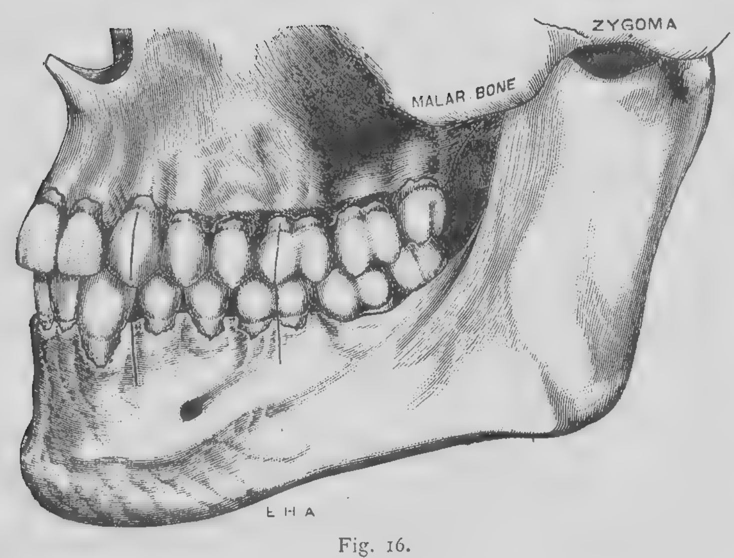


Fig. 16.

l'articulation est souvent bien légère ; d'où résulte l'importance d'une attention soutenue pendant la période importante de l'éruption des dents permanentes.

Forces déterminant l'articulation.

L'harmonie qui existe entre les arcades supérieure et inférieure et leurs dents est puissamment développée par leur action et leur réaction normales l'une sur l'autre.

Comme les dents de l'arcade inférieure font leur éruption avant celles de la supérieure et sont par conséquent fixées dans leur position avant l'apparition de leurs antagonistes, il s'ensuit que l'arcade inférieure devient la forme sur laquelle les organes de la mâchoire supérieure s'adaptent. En d'autres termes l'arcade inférieure détermine la forme de la supérieure et la position des dents.

Naturellement l'arcade supérieure réagit de son côté sur l'inférieure ; mais il est certain dans l'opinion de l'auteur que l'arcade inférieure est le facteur le plus important et non pas la supérieure, comme on l'a prétendu jusqu'ici.

On voit ainsi combien une arcade contribue au maintien de la forme et de la grandeur de l'autre. De sorte qu'une pression sur les surfaces labiales des incisives supérieures, par exemple, trouverait de la résistance non seulement parce que toutes les dents supérieures agiraient comme une clef de voûte dans une arcade de maçonnerie, mais aussi parce que les dents inférieures agiraient au moyen de l'articulation.

Réciproquement on ne peut changer la forme d'une arcade sans modifier celle de l'autre et l'on ne peut pas non plus changer sa grandeur sans produire bientôt une répercussion sur l'autre.

Ce fait important est du plus grand intérêt dans l'étude de l'orthodontie, car dans un cas d'articulation parfaite comme dans notre figure chaque dent est en harmonie parfaite avec toutes les autres. Les cuspides qui s'engrènent et chaque plan incliné servent non seulement à maintenir la dent en place, à l'empêcher d'en sortir, mais à la remettre à cette même place si elle vient à s'en écarter légèrement, pourvu qu'elle ne soit pas au delà de l'action normale du plan incliné.

Si l'on étudie sérieusement les rapports des plans inclinés et des bords marginaux des dents avec les mouvements de la mâchoire, on ne peut manquer d'être frappé en pensant à la merveilleuse efficacité des dents humaines dans l'incision et la trituration de la nourriture nécessaire à l'homme, ainsi qu'à leur merveilleuse disposition pour leur propre nettoyage et par conséquent pour leur conservation.

La juxtaposition des surfaces articulaires et des arcades dentaires

est assurée en outre par une autre force qui est celle de la pression musculaire de la langue à l'intérieur de la bouche et des lèvres et des joues à l'extérieur. Ces dernières servent à empêcher les arcades de s'étendre en éventail, comme les cercles maintiennent les douilles d'un fût; la langue au contraire empêche un trop grand empiètement des dents dans l'espace oral ou inter-parabolique.

Je suis convaincu que cette pression musculaire forme un facteur plus important, quant à l'étude et à la correction des irrégularités, qu'on ne le croit généralement. Elle ne contribue pas seulement à maintenir les dents dans leur position respective et à établir la régularité dans la grandeur des arcades, mais elle a aussi le pouvoir inverse de maintenir l'irrégularité dans la grandeur des arcades et les vices d'articulation quand ils existent.

On voit ainsi que l'articulation en général est maintenue d'abord par la série des surfaces articulaires et des plans inclinés des cuspides, ensuite par la fixité des arcades normales, puis par l'influence des muscles buccaux, labiaux, linguaux.

Les illustrations montrent le résultat de l'action normale de ces forces naturelles, une denture régulièrement alignée et articulée.

Il faut bien se rappeler que ces influences sont tout aussi puissantes dans les cas d'articulation vicieuse. Il est intéressant et instructif d'observer et de noter le résultat de ces forces même dans les premiers indices d'irrégularité.

La figure 17 nous fait voir une articulation vicieuse en voie de formation, qui est très commune et familière à tout praticien observateur. Le cas est celui d'un enfant où les quatre incisives inférieures permanentes ont achevé totalement leur éruption, mais l'une d'elles (la latérale gauche) s'est inclinée par l'action de la langue (fig. 17 et 18), les arcades ayant été privées du soutien de cette dent, la pression externe des lèvres a comblé l'espace et a rétréci le développement de l'arcade.

L'arcade supérieure se moule sur la difformité de l'inférieure et, maintenue dans cet état par les diverses raisons que nous avons données plus haut, on voit ainsi comment une articulation vicieuse est conservée une fois formée.

Il est en outre inutile d'attendre que la nature vienne corriger si l'on n'intervient pas. Nous pourrions tout aussi bien nous attendre à la guérison spontanée du strabisme de l'œil ou d'une déformation vertébrale.

On voit par là combien est absurde et pernicieux le conseil courant de beaucoup de praticiens qui recommandent aux parents de laisser la nature agir seule pour l'arrangement de ces dents. Il est au contraire évident pour tout observateur sérieux que les cas de ce

genre, au lieu de se corriger d'eux-mêmes, se compliquent toujours davantage à mesure que le temps avance et que chaque dent permanente évolue.

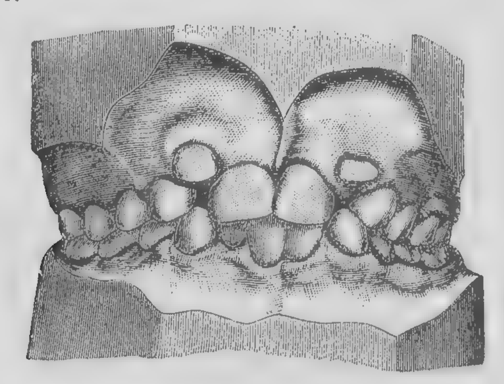


Fig. 17.

Dans tous les cas la position des incisives permanentes qui évoluent devra être surveillée avec grand soin et maintenue régulière par des appareils d'orthopédie s'il est nécessaire. Alors la position des dents



Fig. 18.

dans l'arcade sera normale, à moins que les tendances pour l'articulation vicieuse ne soient très prononcées (fig. 19).

D'un autre côté et pour des raisons qu'on a données auparavant, si on laisse les dents inférieures irrégulières même très faiblement, la grandeur de l'arcade en sera diminuée et accompagnée d'une contraction correspondante de l'arcade supérieure.

Il est donc absurde de corriger des malpositions dentaires de l'arcade supérieure seulement, sans faire également attention à celles de l'inférieure comme on a coutume de faire.

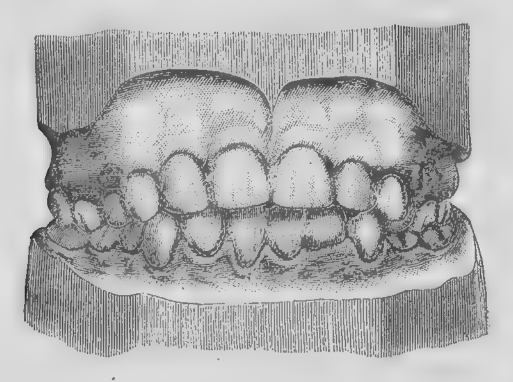


Fig. 19.

Dans les figures ci-après on peut retrouver ces mêmes influences dans tous les cas et de la même manière.

Ligne d'articulation.

Lorsque les dents articulent normalement la ligne du plus grand contact articulaire passe à travers les plans inclinés médians et distants des cuspides buccaux des molaires et bicuspides, ainsi que les bords incisifs des canines et incisives de l'arcade inférieure, et à travers les sillons séparant les cuspides buccaux et linguaux des molaires et bicuspides supérieures. Puis en avant le bord lingual des cuspides et les bords marginaux des incisives se croisent environ au tiers de la hauteur de leur couronne depuis leur bord incisif; nous avons alors ce que nous appellerons *la ligne d'articulation.* Cette ligne décrit une courbe parabolique qui varie très peu suivant les types, les tempéraments et la race de l'individu ; l'opérateur doit déterminer *de visu* le degré d'altération de cette parabole dans les cas d'articulation vicieuse.

Dans le diagnostic des cas, il est important d'avoir la ligne d'articulation fixe et bien déterminée comme base plus exacte de raisonnement, au lieu de se contenter de la ligne grossière représentant le plan externe de l'arcade ou le bord incisif des dents.

Nomenclature des articulations vicieuses.

On peut dire que toutes les dents qui ne sont pas en harmonie avec la ligne d'articulation normale occupent des positions d'articulation vicieuse.

Chaque dent peut occuper sept articulations irrégulières ou leurs différentes déviations ou combinaisons.

Une nomenclature fixe ou définie est aussi nécessaire en orthodontie qu'en anatomie. Les dénominations inexactes employées jusqu'ici sont tout à fait insuffisantes. Les termes pour décrire les différents cas d'articulation vicieuse devraient être tellement précis qu'ils donneraient immédiatement une idée claire de la nature du vice à corriger.

Je propose donc la suivante qui, quoique imparfaite, cela va sans dire, paraît néanmoins avoir un grand avantage sur la dénomination actuelle.

On peut dire, par exemple, qu'une dent qui se trouve en dehors de la ligne d'articulation ou d'occlusion[1] est en occlusion buccale ou labiale ; quand elle se trouve en dedans de cette ligne, elle est en occlusion linguale; si elle se trouve plus en avant du côté médian que normalement, elle est en occlusion médiane ; si elle est dans une direction opposée, elle est en occlusion distale ; si elle est tournée sur son axe, elle est en torso-occlusion ; elle est en infra-occlusion, quand la dent est au-dessous de la ligne d'occlusion ; celle qui est au-dessus de cette ligne d'occlusion est en supra-occlusion.

Ces différentes malpositions, dans leurs modifications et combinaisons, forment la base pour les cas innombrables d'occlusion, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes. On y peut comprendre nécessairement non seulement les malpositions de toutes les dents, mais même les malpositions des mâchoires déterminant des difformités marquées et produisant la répulsion.

Classification de la malocclusion ou vices d'articulation.

Comme nous l'avons déjà établi plus haut, on ne peut découvrir que sept positions distinctes que les dents peuvent occuper dans la malocclusion. Celle-ci, avec les inclinaisons diverses des dents, forme

1. Comme il s'agit de nomenclature, nous traduisons à présent occlusion par articulation. D'ailleurs, à notre avis, le premier mot donne mieux le sens réel de ce que l'auteur veut désigner. Occlusion vient du latin *occludere*, qui veut dire fermer hermétiquement et qui nous indique plus clairement cette coaptation de surfaces qui constitue l'articulation dentaire.

des combinaisons cliniquement illimitées en variétés. A l'observateur occasionnel elle présente des différences si distinctes qu'elle rend chacune apparemment absolument dissemblable de toutes les autres. Faute de saisir les principes fondamentaux, on a l'idée que chaque cas est essentiellement différent de tous les autres, qu'il semble exiger nécessairement une conception et une construction d'appareils différents pour traiter ces cas spéciaux.

En réalité on peut immédiatement classifier tous les cas de malocclusion en catégories bien définies, comme chez les animaux, les plantes et les éléments. De sorte qu'en se rendant bien maître des caractères distincts de l'articulation et des lignes faciales particulières à chaque classe, le diagnostic de tous ces cas donnés se trouve très simplifié.

En même temps l'habitude de reconnaître tous les mouvements possibles des dents et les variations consécutives à chaque classe distincte et séparée, afin d'arriver à une articulation et à des lignes faciales normales, ainsi que la connaissance des appareils types destinés à chaque cas spécial, réduira fatalement au minimum les difficultés du traitement.

Dans le diagnostic de la malocclusion nous devons considérer d'abord les rapports mésio-distaux des arcades dentaires, ensuite les positions individuelles de chaque dent.

On a indiqué par des lignes noires les rapports normaux (dans les figures), du cuspide mésio-buccal de la première molaire supérieure avec le sillon buccal de la première grosse molaire inférieure.

Naturellement, en déterminant toutes les variations mésio-distales il faut prendre en considérations *toutes les dents.*

Les lignes indiquées ont été depuis longtemps employées par l'auteur avant de commencer le diagnostic des cas, pour la bonne raison que les premières molaires et canines sont plus sûres comme points de repère pour se faire un jugement, en raison de ce qu'elles occupent des positions normales beaucoup plus fréquemment que les autres dents. Les molaires, en effet, trouvent moins de gêne à se placer, tandis que les canines tracent leur chemin dans des positions relativement normales dans l'arcade.

Classe I (fig. 20). — Position relative des arcades dentaires, mésio-distante, normale, avec les premières molaires habituellement en occlusion normale, quoique une ou plusieurs puissent être en occlusion linguale buccale.

Les cas se rapportant à cette classe sont beaucoup plus nombreux que ceux des autres classes réunies (Voir plus loin à la table), allant du simple surplombement d'une seule incisive au cas le plus complexe, comprenant les positions des dents des deux arcades.

Le cas ordinaire (fig. 21) est celui où la malocclusion est principa-

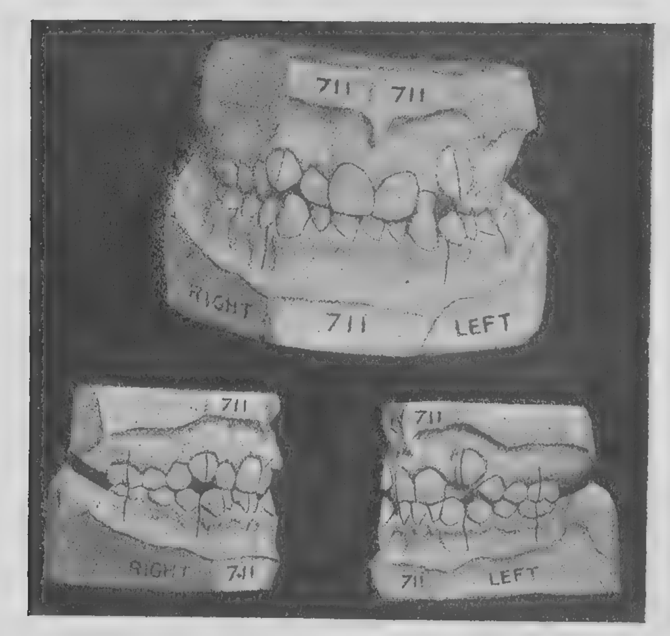


Fig. 20.

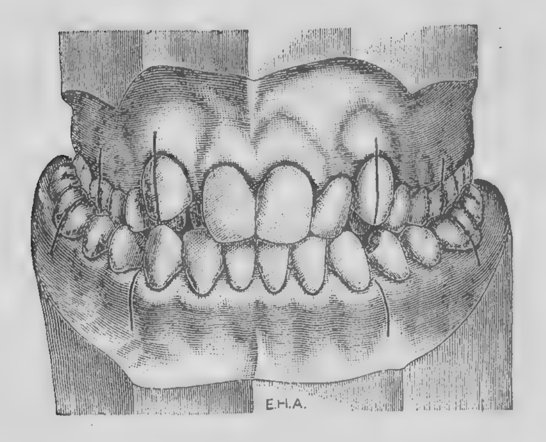


Fig. 21.

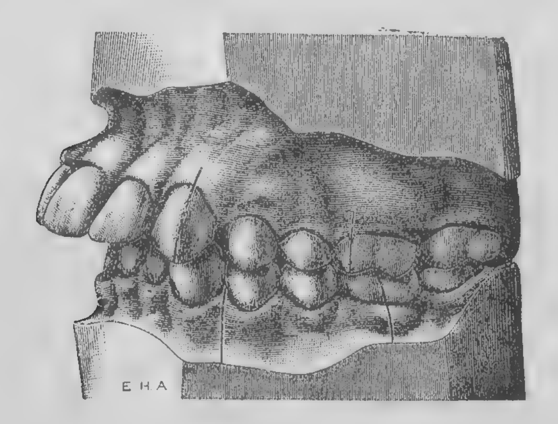


Fig. 22.

Fig. 23.

lement limitée aux incisives des arcades supérieures et inférieures.

Classe II. — Rapports relatifs mésio-distaux des arcades dentaires anormales ; l'occlusion de toutes les dents inférieures depuis la distale jusqu'à la normale produit une anomalie très marquée dans la région incisive et dans les lignes faciales.

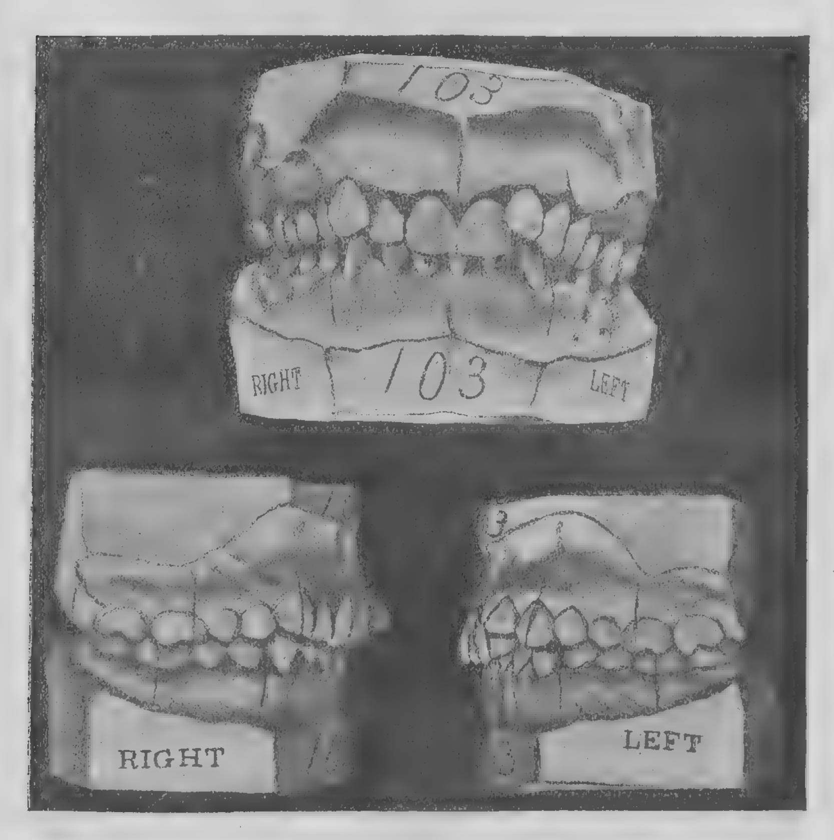


Fig. 24.

Dans cette classe il y a deux divisions, chacune ayant une subdivision ; la première division est caractérisée par un rétrécissement ou atrésie de l'arcade supérieure avec allongement et protrusion des incisives supérieures, accompagnée d'une déformation des lèvres et d'un genre particulier d'obstruction nasale, d'où respiration buccale (fig. 22).

Les caractères généraux de la première subdivision sont les mêmes



Fig. 25.

Fig. 26.

que dans la première division (fig. 22), mais à un moindre degré, et l'une des moitiés latérales seulement est en occlusion distale, tandis que l'autre moitié latérale est normale, comme le montre

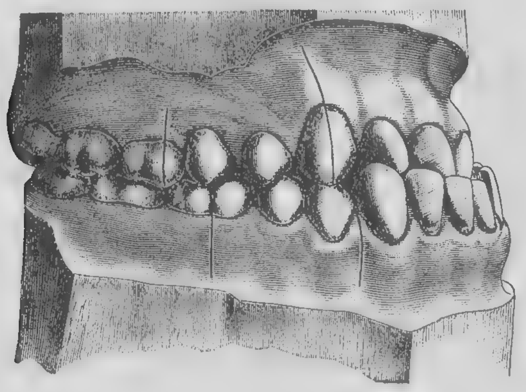


Fig. 27.

la figure 23. Le patient a aussi dans ce cas la respiration buccale.

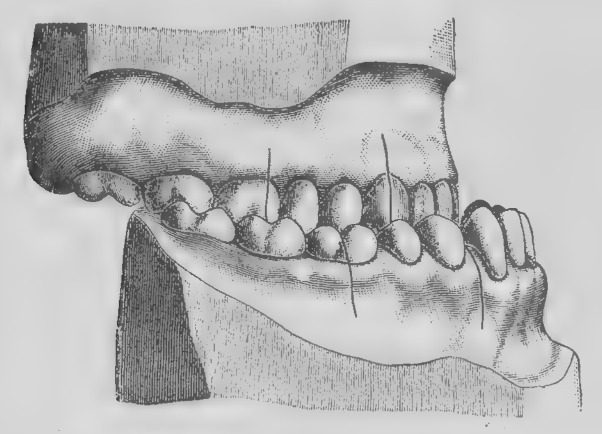


Fig. 28.

La deuxième division (fig. 24) est caractérisée par un rétrécissement moindre de l'arcade supérieure, par une inclinaison linguale des incisives supérieures et par son plus ou moins grand dilatement (fig. 24).

Le fonctionnement du nez et des lèvres est normal (fig. 25).

Les particularités de cette subdivision sont semblables à celle de la division 2, classe II, que nous venons de décrire, excepté que l'une des moitiés latérales seulement est en occlusion distale, l'autre moitié latérale est normale, comme le montre la figure 26.

Classe III. — La position des mâchoires est anormale, toutes les dents inférieures, de l'articulation médiane à la normale, représentent la largeur d'une bicuspide (fig. 27) ou même davantage dans les cas extrêmes (fig. 28).

La disposition des dents dans les arcades varie beaucoup dans cette classe, depuis l'alignement régulier jusqu'à un dilatement et un surplombement considérable, surtout dans l'arcade supérieure (fig. 29).



Fig. 29.

Il y a généralement une inclinaison linguale des incisives et canines inférieures qui se prononce davantage à mesure que le patient avance en âge, ce qui est dû à la pression de la lèvre inférieure dans les efforts faits pour fermer la bouche.

(A suivre.)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.

Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, rue de la Tour-d'Auvergne

Paris, 31 juillet 1899.

EXPOSITION UNIVERSELLE
de 1900

GROUPE III

CLASSE 16

MÉDECINE & CHIRURGIE
EXPOSITION RÉTROSPECTIVE

Exposition rétrospective de l'art dentaire.

Monsieur le président et très honoré confrère,

L'Ecole dentaire de Paris, toujours soucieuse des intérêts scientifiques de l'art dentaire, a pensé qu'il était de son devoir de faire une grande exposition rétrospective de l'art dentaire.

A cet effet elle a obtenu de M. le professeur Berger, président de la classe 16, un emplacement important, situé au milieu de l'exposition rétrospective officielle de la médecine et de la chirurgie, et l'autorisation de classer et de cataloguer elle-même tous les objets concernant l'art dentaire.

Il est inutile, croyons-nous, de démontrer ici tout le fruit que peut retirer notre profession d'une exposition retraçant l'histoire de la chirurgie et de l'art dentaire depuis le commencement du siècle dernier jusqu'à nos jours. Aussi la commission chargée de cette exposition a-t-elle pensé faire appel à toutes les Ecoles et Sociétés dentaires étrangères, pour l'aider à mener à bien cette œuvre d'un intérêt général.

Le musée de l'Ecole dentaire de Paris fournira 1.000 numéros environ ; avec ce que nos confrères voudront bien nous adresser et ce que votre Ecole ou Société voudra bien nous confier, nous espérons pouvoir reconstituer l'historique de l'art dentaire.

En dehors de ce que votre Ecole ou Société peut posséder, nous vous prions, Monsieur le président, d'user de votre influence pour engager les confrères de votre Société ou de votre région à vouloir bien contribuer dans la mesure de leurs moyens à cette exposition d'un intérêt général.

Objets admis à cette exposition. — Les objets admis à figurer

dans cette exposition sont: les instruments de chirurgie dentaire, les appareils de prothèse anciens, les instruments de cabinet ou d'atelier présentant un intérêt historique [1], les dessins ou photographies d'appareils et instruments dentaires. Une collection d'ouvrages anciens compléterait cette exposition.

Les différents objets qui nous seront confiés seront rangés et exposés d'après un ordre chronologique et porteront le nom du propriétaire.

Aucun objet exposé ne pourra être dessiné ou reproduit sans une autorisation de l'exposant.

Il sera dressé un catalogue méthodique et complet de cette exposition rétrospective, avec le nom de tous ceux qui auront contribué à sa formation.

Un diplôme commémoratif de membre participant de l'exposition rétrospective de l'art dentaire sera délivré à toute personne qui aura donné son concours pour son organisation en prêtant des objets.

Le dernier délai accordé pour la réception des objets devant figurer dans cette exposition est fixé au 28 février 1900. Passé cette époque, le classement et le catalogue étant faits, il sera impossible d'y ajouter quoi que ce soit.

Nous vous prions donc, monsieur le Président, d'engager tous ceux de nos confrères qui s'intéressent au progrès à nous aider à mener à bien cette exposition rétrospective en nous envoyant des objets ayant un intérêt scientifique réel.

Veuillez agréer, Monsieur le Président et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments distingués.

Le président de la commission.

L. Lemerle.

Vice-président de l'Ecole dentaire de Paris,
Professeur à cette école,
Conservateur du musée.

Adresser les objets au nom de M. Lemerle, Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, ou écrire, 35 avenue de l'Opéra, Paris.

---

1. Ces instruments ne peuvent être exposés que s'ils sont d'un volume peu considérable.

ELECTION AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA MUTUALITÉ.

Le docteur Berthod vient de publier dans le *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats* une protestation contre le vote des dentistes et des sages-femmes. Après avoir reproduit les loi, décret et règlement sur la question, notre confrère ajoute :

Pour ma part, je n'aperçois pas dans tout cela qu'il soit question de faire élire par les dentistes et les sages-femmes le délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Et cependant au scrutin du 23 juillet (celui du 9 juillet remis), les délégués de quelques-unes de ces Associations étrangères à la médecine étaient inscrits et prirent part au scrutin pour l'élection de notre délégué.

Parmi ces associations je signalerai :

Le Syndicat des Sages-Femmes, rue de Grenelle ;

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes, 1, rue du Quatre-Septembre ;

La Chambre syndicale des Dentistes français, 45, rue de la Tour-d'Auvergne ;

Le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes, 4, rue des Capucines ;

Et d'autres encore.

Le même jour paraissait à l'*Officiel* le règlement ci-joint pour le scrutin.

Le Président de la Chambre syndicale des Dentistes français était désigné comme scrutateur.

Au surplus, voici le règlement (*Officiel* du 23 juillet 1899, p. 4973) :

Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu l'article 34 de la loi du 1er avril 1898, qui institue un Conseil supérieur de la mutualité ;

Vu le décret du 24 mars 1899 qui rend applicable à l'Algérie la loi du 1er avril 1898.

Vu l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine ;

Vu l'article 7 du décret du 13 juin 1899 portant règlement d'administration publique sur l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur institué par la loi du 1er avril 1898 précitée ;

Vu l'arrêté du 14 juin 1898, convoquant pour le 9 juillet les Syndicats médicaux à l'effet d'élire leur représentant au Conseil supérieur de la Mutualité ;

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres de la Commission de dépouillement du scrutin relatif à l'élection d'un délégué des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité :

M. le Dr Comby, président du Syndicat médical de la Seine ;

M. Godon, président de la Chambre syndicale des Dentistes français.

Art. 2. — Cette commission, à laquelle seront adjoints les deux plus anciens et les deux plus jeunes membres présents, sera présidée par M. Barberet, chef du bureau des institutions de prévoyance, représentant le Ministre de l'intérieur.

Art. 3. — Le Conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de l'intérieur, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 22 juillet 1899.

WALDECK-ROUSSEAU.

Quoi qu'il en soit, jugeant qu'il y avait malentendu, qu'il appartenait aux seuls délégué des Syndicats médicaux de voter pour leur délégué ; estimant contraire à la lettre et à l'esprit de la loi et du décret que des personnes étrangères aux syndicats médicaux participent à cette élection, nous avons immédiatement, le docteur Philippeau et moi, adressé une protestation à M. le docteur Comby pour être remise à qui de droit.

Cette protestation, nous la renouvelons aujourd'hui, déterminés à la poursuivre, comme de raison, jusqu'à ce que justice nous soit rendue.

Dr Paul BERTHOD,

Président de la Commission de la Mutualité
à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le Comité de permanence de l'Union des Syndicats médicaux de France et le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine se rallient à cette manière de voir et approuvent cette protestation.

Cette protestation a été lue à la séance de la Commission de recensement des votes pour la nomination du Conseil supérieur de la mutualité et elle n'a pas été admise, parce que depuis la loi de 1892 les chirurgiens-dentistes — ce que paraît ignorer M. Paul Berthod — font partie de la *grande famille médicale*, suivant l'heureuse expression du professeur Brouardel, au même titre que les Syndicats de médecins et de sages-femmes.

Il semble qu'au lieu de cette protestation, qui ne peut avoir aucun effet, il eût mieux valu que l'Union des Syndicats médicaux de France s'entendît avec les syndicats des dentistes et des sages-femmes pour présenter un candidat commun.



Un nouveau marteau pneumatique.

Le journal *Le Temps* signale une curieuse invention due à un dentiste américain, dont il ne donne malheureusement pas le nom.

Il s'agit d'une machine à river les pièces de fer et d'acier qui a été simplifiée de telle manière qu'elle peut littéralement être mise dans la poche sous la forme d'un *marteau pneumatique* (c'est le nom de l'invention). Ainsi que nous l'avons dit, c'est un dentiste qui imagina le principe de ces appareils en vue de tasser et de durcir l'or et l'argent en feuilles dans la mâchoire de ses clients.

Un ingénieur, M. Mac Coy, se demanda pourquoi l'on ne « plomberait pas les dents » de la même façon aux charpentes en fer et il créa le marteau pneumatique dont nous parlons. Ce marteau consiste en un cylindre d'acier muni à une extrémité d'une embouchure à laquelle on adapte un tuyau de caoutchouc amenant de l'air comprimé, et à l'autre extrémité d'une tige conique dans laquelle on emmanche un outil frappeur. C'est, en somme, un piston, mû par l'air comprimé, un piston sans tige, que l'air comprimé pousse violemment et qu'un ressort à boudin ramène en arrière dès qu'il a frappé.

Ce marteau donne aisément jusqu'à *quinze mille* coups en une minute, au lieu d'une trentaine de coups qu'on peut donner à la main. Il est vrai que les coups frappés mécaniquement sont plus faibles d'intensité, mais on se rattrape largement sur la quantité, ou plutôt sur le nombre. Finalement, avec de l'air comprimé à la pression de 3 à 5 kilogrammes, on réalise une économie de main-d'œuvre qui peut atteindre environ 80 o/o.

Il semble qu'il faille graisser constamment le cylindre de ce piston atteint de névrose. Pas du tout ! C'est l'air comprimé lui-même qui sert de graissage. Après avoir frappé cinq millions de coups, la tête du marteau pneumatique est plus brillante et plus belle qu'avant de commencer ; il est inutile d'insister sur la qualité et sur la trempe de l'acier requis pour ce service extraordinaire.

Autre avantage : l'emploi de cet outil n'exige pour ainsi dire pas d'apprentissage de la part des ouvriers intelligents. Autrefois il fallait des années pour devenir un bon riveur ; avec ce système, si l'on ne trouve pas à s'occuper autrement, on s'y met tout de suite et l'on vous rive un pont comme on dirait bonjour. Le marteau pneumatique sera l'une des ressources des carrières libérales encombrées. Espérons-le du moins !

NOUVELLES

Agrandissement des locaux de l'Ecole dentaire de Paris.

On procède en ce moment à l'Ecole dentaire de Paris à des travaux d'agrandissement nécessités par l'augmentation du nombre des élèves et par l'affluence des malades qui viennent se faire soigner au Dispensaire. Ces travaux portent notamment sur la grande salle de dentisterie opératoire, dans laquelle des dispositions nouvelles permettront d'installer une vingtaine de nouveaux fauteuils d'opérations.

Nouveau collaborateur a *L'Odontologie.*

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que M. Louis Ottofy, de Yokohama (Japon), président de la Société dentaire américaine du Japon, secrétaire du Comité d'organisation du Congrès dentaire de 1900 au Japon, comptera dorénavant parmi les principaux collaborateurs à *L'Odontologie* et que nous publierons prochainement son premier article.

Démonstrations pratiques a la Société d'Odontologie de Paris.

M. le Dr Spyer, de Mexico, a fait tout récemment à la Société d'Odontologie de Paris une communication verbale dans laquelle il a exposé notamment son système d'adhérence des plaques au moyen d'un caoutchouc de sa composition et un procédé d'aurification avec un or dont il est l'inventeur.

Dans une séance de démonstrations pratiques M. le Dr Spyer a appliqué ses diverses méthodes devant une nombreuse assistance et a obtenu un grand succès.

Congrès dentaire international de 1900.

Nous recevons les meilleures nouvelles sur la préparation du Congrès à l'étranger. Partout il se constitue des comités d'organisation qui échangent une correspondance active avec le comité central qui a son siège à Paris.

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans la composition du procès-verbal du 11 septembre (p. 234 de *L'Odontologie* du 15 septembre).

Le procès-verbal contient les mots suivants :

« ... les témoins de M. le Dr Rolland n'ayant *pu maintenir*...

On a imprimé :

« ... les témoins de M. le Dr Rolland n'ayant *pas maintenu*...

Il y a là une nuance que notre respect de la vérité nous oblige à rétablir.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? *N° 79. — Quel est le ciment qui se rapproche le plus de l'ancien* ROSTAING *quant aux avantages ?*

L. L.

☞ *Réponse.* — Ch. S. de Rostaing a laissé à sa veuve ses procédés et ses formules. Il n'a donc pas emporté son secret dans la tombe, ainsi que le prétendent quelques intéressés. Le mari de la veuve de Rostaing, M. Paul Cherrier, 9, avenue de Bellevue, à Sèvres (S.-et-O.), continue cette fabrication.

C. R.

? N° 80. — *Quel est le vernis le plus adhérent pour recouvrir un ciment afin d'éviter que celui-ci ne soit trop tôt mouillé ?*

? N° 81. — *Quel est le mélange le plus parfait pour activer la guérison de la bouche et des alvéoles après des extractions multiples ?*

L. L.

☞ *Réponse.* — Voir à ce propos l'article de M. G. Mahé, page 245 de ce numéro.

? N° 82. — *Peut-on m'indiquer, pour injections, un bon anesthésique, pouvant être employé en toute sécurité, c'est-à-dire sans contre-indication, préparé en ampoules stérilisées ? Si oui, où se le procure-t-on ?*

G. D.

? *N° 83. — Un jeune homme qui travaille depuis sept ans chez un dentiste en province peut-il préparer ses examens pour le diplôme de l'Ecole dans sa localité, sans suivre les cours de l'Ecole dentaire, et quelles sont les formalités à remplir pour les inscriptions et les programmes ?*

☞ *Réponse.* — Non, il doit suivre les cours.

? *N° 84. — Pourrait-on se procurer ou avoir en communication la brochure publiée en 1886 par le Dr Pradère, chirurgien-dentiste, sur un nouveau traitement des maladies des voies respiratoires ?*

R. M. F.

? *N° 85. — A. Où peut-on se procurer le masque du* Dr DARIN *pour anesthésie au protoxyde d'azote, dont il est parlé dans le numéro de* L'Odontologie *du 15 janvier 1898 ?*

B. *Où peut-on avoir des renseignements précis à ce sujet ?*

C. *Quelles sont les contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote par ce procédé ?*

R. V.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✪, *président.*
D[r] **Sauvez**, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, ✪, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
D[r] **Pitsch**, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng** ✪.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✪, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, ✪, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, ✪, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✪, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✪, **Poinsot** ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet, Claser** ✠, **Godon** ✵, ✪, **Lemerle**, ✪, D[r] **Maire, Devoucoux, Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, **Paulme, Stévenin, Viau**, I. ✪.

PROVINCE *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. D[r] **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (D[r]) ✪, **Berthaux, Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.), Gardenat, Pillette, Wiesner**, ✵, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet, De Marion, Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet, Devoucoux, Papot, Rollin, Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la C[ie] d'assurances l'*Union :*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1[re] annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DANS VILLE DE 35,000 AMES,** *station hivernale* (à cette époque, population
augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, actuellement 30,000 francs.
Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires.
2 Installation récente et de premier ordre. **Tour** électrique, etc. etc. Pour renseignements, s'adresser Maison G. Ott et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-^{10})

CABINET DENTAIRE situé dans le 1er arrondissement à céder (pour raison
3 de famille), muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z., Maison G. H. Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-^{8})

A CÉDER à Marseille, pour *cause de santé*, cabinet dentaire avec bonne petite
4 clientèle. On cèderait à part la clientèle, ainsi que l'outillage de cabinet et d'atelier en très bon état. S'adresser à la Pharmacie générale, Marseille. (156-^{5})

DOCTEUR, connaissant dentisterie et prothèse, achèterait bon cabinet Paris ou
5 province ou accepterait une association. En cas d'association à Paris apporterait nombreuses relations mondaines et médicales. Ecrire à M. Hautié, 14, rue du Casino, aux Sables d'Olonne (Vendée). (157-^{5})

Raison de santé, **A CÉDER BON CABINET,** fondé depuis 19 ans, seul dans une
6 *ville de l'Est*, très peu de frais, bonne clientèle, susceptible d'augmentation. Produit 12 à 13.000 francs. On demande 20.000 francs, dont moitié comptant. Ecrire à L. S. D. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-^{4})

A CEDER tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées,
seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix
7 demandé, y compris l'installation très confortable : 8.000 fr., dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-^{4})

A céder après fortune **CABINET DENTAIRE,** 30 ans d'existence, clientèle riche,
8 beau quartier, bénéfices nets justifiés 20.000 francs ; prix avec bon matériel 35.000 francs. S'adresser à M. E. Bigot, 12, boulevard Sébastopol, Paris. (160-^{3})

---

9 *On demande* pour la province un **BON MÉCANICIEN OPÉRATEUR,** *diplômé* ou *patenté*, S'adresser chez M. Mamelzer, 55, rue Bichat, Paris. (161-^{3})

MÉCANICIEN, cinq ans d'expérience, absolument au courant de tous travaux
techniques, spécialiste pour la fabrication des ponts démontables « systèmes
10 Müller et Vill », cherche situation dans cabinet de premier ordre. Certificats et recommandations à disposition. Ecrire à E. S. B. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (162-^{3})

CHIRURGIEN-DENTISTE BELGE, 40 ans, ayant été pendant de nombreuses
années à la tête d'une grande clientèle en Angleterre, désire trouver la gérance
11 d'un *Cabinet Dentaire à Paris* ou dans *station d'hiver*. Peu exigeant pour la rétribution et fournirait les meilleures références. S'adresser L. C. P. Guide Association, 15, rue des Petits Champs, Paris. (163-^{3})

DOCTEUR EN MÉDECINE, *Chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de médecine
de Paris*, demande place d'opérateur ou part de cabinet à Paris ou en province,
12 Ecrire aux initiales D. D. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare. Paris. (164-^{3})

JEUNE FRANÇAISE, diplômée Ecole Dentaire Genève et D. D. S. (États-Unis),
13 parlant couramment *anglais* et *allemand*, désire place assistant chez un bon dentiste. Écrire à D. J. F. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (166-^{3})

Voir la suite page suivante.

(*Suite.*)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros.......................... **8** francs
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *On demande* un **BON MÉCANICIEN OPÉRATEUR** pour une ville du Midi (*Station hivernale*). Ecrire aux initiales P. P. L. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (167-3)

---

2 **A CÉDER,** à Arcachon, ville d'hiver et ville d'été, au milieu des pins et au bord de la mer, cabinet dentaire faisant 7 à 8000 francs. Conviendrait à dentiste ayant la poitrine faible et ayant besoin de repos, car le travail est facile. Prix 5000 francs comptant, installation comprise. S'adresser à Mme Duvignau, à l'Ecole Dentaire, ou à M. Dubourg, chir.-dent., à Arcachon. (168-1)

---

3 **MÉCANICIEN OPÉRATEUR,** *allemand*, âgé de 25 ans, connaissant bien toutes les branches de la profession, désire pour *octobre* ou *novembre* une place en *France*, de préférence à *Paris*. Ecrire à M. Speck, Berlin *N.*, Weissenbürgerstrasse, 70. (169-1)

19e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

Travaux Originaux

PROGNATHISME ET ANOMALIE DE DISPOSITION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par M. P. MARTINIER,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Lyon).

J'ai choisi, parmi un certain nombre de cas de prognathisme du maxillaire supérieur que j'ai redressés, un type particulièrement compliqué, que je désire vous présenter, parce qu'il m'a semblé fort intéressant et qu'il ajoute une contribution nouvelle à la théorie dont je poursuis depuis plusieurs années la démonstration avec preuves à l'appui. Je veux parler des modifications profondes qu'il est possible de faire subir aux os maxillaires eux-mêmes pour corriger leurs irrégularités.

Je sais que vous êtes fixés à cet égard en grande majorité et que la plupart des confrères qui m'écoutent ont obtenu certainement des résultats fort satisfaisants dans cette voie.

Cependant, certains auteurs, et même des plus récents, ont paru quelque peu sceptiques vis-à-vis des succès qu'a donnés le traitement des irrégularités résultant uniquement de malformations des maxillaires eux-mêmes.

L'un d'eux s'est même prononcé catégoriquement à ce su-

jet et a écrit : « Toute tentative de réduction, dans le cas de prognathisme artificiel, doit être rejetée, puisque la difformité est le fait d'une déviation primordiale des os de la face à laquelle on ne peut remédier. »

Je crois utile de m'élever contre cette théorie en présentant les résultats auxquels je suis arrivé dans ce cas, où le prognathisme est nettement limité à la partie antérieure du maxillaire supérieur, résultats qui me permettent d'affirmer une fois de plus la possibilité d'y remédier et me procurent l'occasion de démontrer que la chose est facile et praticable couramment, au moins pour le maxillaire supérieur.

D'ailleurs nos communications et nos démonstrations ici doivent avoir pour objet non seulement de faire connaître des procédés nouveaux ou des méthodes nouvelles pouvant offrir un intérêt très grand pour les progrès de notre art, mais encore de vulgariser ceux qu'on a déjà divulgués, en apportant toujours de nouveaux résultats, quels qu'ils soient. Il n'est pas douteux que les moyens les plus simples et les plus facilement applicables ne soient très goûtés des congressistes lorsqu'on leur montre les heureux résultats auxquels aboutit leur emploi.

Ne voulant pas retenir trop longtemps votre attention, je vais vous donner lecture de l'observation du redressement qui fait l'objet de ma communication, en l'accompagnant de quelques considérations.

Mlle X, âgée de quinze ans, s'est présentée fin décembre dernier à mon cabinet, sur la recommandation d'un de nos confrères, qui m'a prié de l'examiner et de me prononcer sur la possibilité d'entreprendre la réduction de la difformité dont elle était atteinte.

La lèvre supérieure est très courte et découvre largement les dents antérieures de l'arcade dentaire supérieure et la plus grande partie de la gencive correspondante.

A l'examen, l'arcade dentaire inférieure est absolument régulière (sauf les canines qui ont une légère torsion en dehors), au double point de vue de la direction des dents et

PLANCHE I.

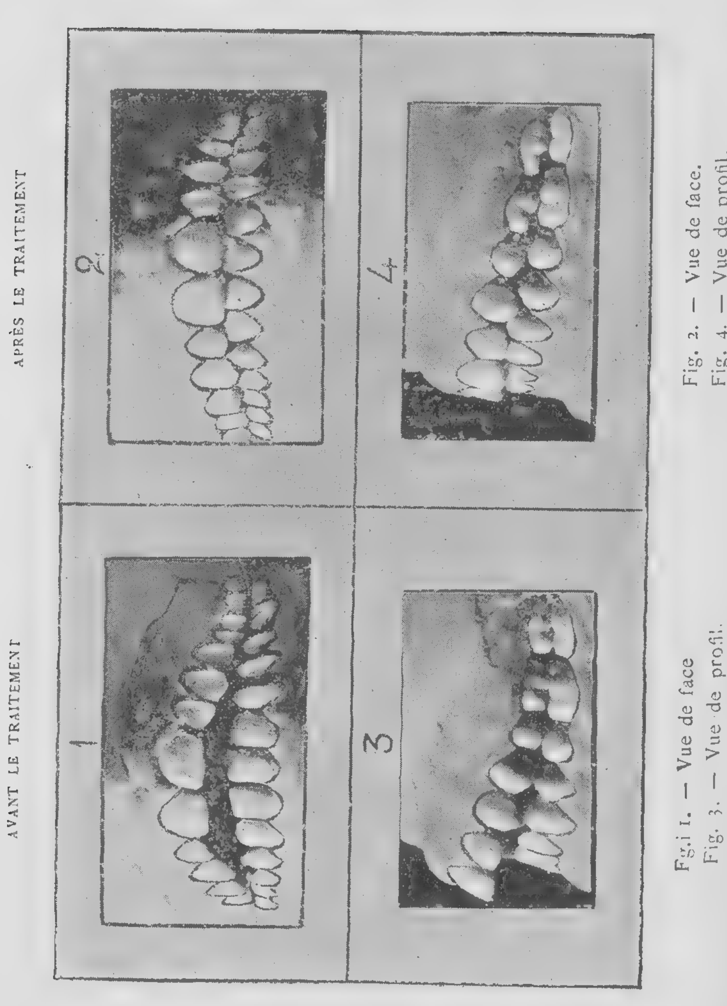


Fig. 1. — Vue de face
Fig. 3. — Vue de profil.
Fig. 2. — Vue de face.
Fig. 4. — Vue de profil.

de leurs rapports de voisinage et de la forme générale de la parabole.

L'arcade dentaire supérieure est évasée, déjetée en avant, et laisse un espace vide d'un centimètre au moins entre la face interne des incisives médianes supérieures et la face externe des incisives médianes inférieures *(figure 1, planche I)*.

Contrairement à ce qu'on observe généralement, les dents inférieures de la région antérieure, au lieu de venir frapper par leurs bords libres la muqueuse palatine derrière les dents antagonistes, laissent un espace de 5 millimètres, qui augmente considérablement la difformité.

Ce défaut d'occlusion des arcades dentaires détermine une béance de la bouche fort disgracieuse; la langue est aperçue entre les deux arcades et la prononciation est pénible et extrêmement altérée.

En examinant l'articulation, nous constatons qu'il existe un défaut d'engrènement; les molaires et la deuxième prémolaire viennent seules en contact et s'articulent anormalement; les cuspides de la face triturante de ces dents frappent sur les cuspides de la face triturante des molaires et prémolaires opposées et ont déterminé aux points de contact une légère usure *(figure 3, planche I)*.

La courbe parabolique de l'arcade dentaire supérieure commence, à partir de la première petite molaire, à décrire une courbe ascensionnelle très accentuée jusqu'à la ligne médiane *(figure 5, planche II)*. Les premières prémolaires et les dents antérieures sont donc suspendues au-dessus et en dehors de l'arcade dentaire inférieure, de telle sorte qu'outre la gêne causée au sujet par cette difformité, il y a difficulté de mastication, et les aliments doivent être placés avec précaution à la partie postérieure de l'arcade, qui est seule en contact avec son antagonisme *(figures 1 et 3, planche I)*.

Le sujet est en parfaite santé et de forte constitution. Pas de maladie infantile. Au point de vue mental, cette jeune fille peut être considérée comme d'une intelligence fort au-dessus de la moyenne.

Les parents nous déclarent, après interrogation de notre

part, que le même prognathisme existe chez la grand'mère paternelle et chez le père du sujet. La patiente se plaint d'éprouver une certaine difficulté pour respirer, et nous craignons l'existence de végétations adénoïdes dans le pharynx. Après examen par un spécialiste, nos craintes sont reconnues fondées et le sujet est opéré quelques jours après ; mais nous ne pensons pas que l'existence de ces végétations parallèles à notre anomalie du maxillaire ait une importance quelconque au point de vue de l'étiologie.

Traitement. — Nous sommes donc en présence d'un prognathisme artificiel, héréditaire, nettement caractérisé à la partie antérieure du maxillaire supérieur, compliqué d'anomalie de disposition du même maxillaire par vice d'articulation et défaut d'occlusion des arcades dentaires.

Nous ajoutons que le prognathisme est absolument circonscrit au maxillaire et que les dents ne présentent qu'une très légère inclinaison en avant (voir *figure 3, planche I*).

Il s'agissait de nous créer la place nécessaire : 1° en rapprochant les dents antérieures, légèrement écartées entre elles ; 2° en pratiquant l'extraction de deux prémolaires, afin de produire l'affaisement de la partie proéminente du maxillaire supérieur et de ramener progressivement les dents en arrière et en bas jusqu'à ce qu'elles prissent contact avec la face externe des dents inférieures.

Nous devions donc agir sur les dents, d'une façon lente et continue, de manière à donner aux modifications osseuses que nous voulions obtenir, le temps de se produire. Il fallait surtout agir sans brusquerie, car le point important était de faire disparaître le plus possible la saillie formée, non par les dents, mais par le maxillaire lui-même ; ramener simplement les dents en arrière eût produit un effet plus nuisible qu'utile à l'harmonie de la face.

Etant donné les résultats que nous avons obtenus dans des cas analogues, quoique moins compliqués, nous décidâmes d'intervenir, mais nous ne nous engageâmes que sur deux points exactement spécifiés, quant à la réussite. Nos efforts devaient donc porter sur ces deux points : diminuer la

saillie formée par le maxillaire supérieur et reculer les dents en arrière et en bas de façon à faire disparaître le défaut d'occlusion.

Pour atteindre ce but, nous allions exercer une pression très forte sur la partie antérieure du maxillaire supérieur et produire ainsi son affaissement, en même temps que les dents, exécutant le même mouvement en arrière et en bas, reculeraient jusqu'à ce qu'elles rencontrassent les dents de l'arcade opposée. On modifierait également ainsi la courbe ascensionnelle du maxillaire qui occasionnait le défaut d'occlusion des arcades.

Quant aux rapports des molaires et des prémolaires, en raison du vide que l'extraction décidée de deux prémolaires allait créer, il fallait s'attendre à une légère déviation des dents postérieures elles-mêmes, qui amènerait un engrènement aussi anormal, puisqu'elles avanceraient encore, mais cependant moins défectueux, car elles s'articuleraient entre deux des dents du bas, se rapprochant ainsi de l'engrènement normal qui exige que chaque dent du maxillaire supérieur fasse opposition à deux moitiés des dents du bas.

Les dents antérieures étant écartées entre elles, nous jugeâmes bon de nous servir des points d'appui nombreux et puissants que nous offraient les molaires et les prémolaires pour exercer pendant la première période du redressement une force très considérable sur la partie antérieure du maxillaire. Nous ajournâmes donc les extractions au moment où, la pression ayant rapproché les incisives et les canines et fait disparaître tout écart, il serait nécessaire de créer un vide devant permettre au mouvement d'affaissement de se produire.

Une empreinte au plâtre fut prise et l'appareil combiné à cet effet fut posé. Le 22 janvier, le résultat était atteint. Nous enlevâmes alors les deux premières prémolaires, préalablement anesthésiées.

Quelques jours après, une nouvelle empreinte fut prise et un nouvel appareil confectionné et posé. Des modifications

furent apportées tous les huit jours aux élastiques de traction et, le 11 juillet dernier, exactement six mois après notre intervention, nous étions arrivé au but que nous nous étions fixé, c'est-à-dire que les dents antérieures supérieures étaient toutes en contact par leurs faces internes avec les dents antérieures inférieures. L'affaissement de la saillie du maxillaire correspondait exactement à un centimètre. Le 20 juillet, nous placions un appareil de maintien qui sera gardé pendant un laps de temps considérable, en raison de l'hérédité du cas et par suite de sa tendance à revenir au type primitif. Cet appareil est simplement constitué par une plaque de vulcanite reliée par des fils d'or à deux ailes externes, également en vulcanite, appliquées sur les molaires et dans lesquelles est inséré un fil d'or qui contourne exactement la face externe des dents du maxillaire supérieur, sans toutefois exercer de pression sur elles.

Le résultat nous paraît très heureux, eu égard surtout au peu de durée du redressement. Le travail de résorption osseuse qui s'est produit à la partie antérieure du maxillaire n'est pas toutefois terminé. Nous sommes certain qu'il s'accentuera encore et que la légère proéminence qui subsiste au niveau des incisives médianes disparaîtra complètement *(figures 2 et 4, planche I)*.

L'articulation s'améliorera, elle aussi, et les dents prendront avec le temps des contacts plus précis, les deuxièmes molaires notamment, qui doivent forcément descendre encore et venir s'engrener exactement entre les deux prémolaires inférieures.

Appareil. — L'appareil qui nous a servi à opérer la réduction est précisément celui qui a fait l'objet d'une communication au dernier Congrès. Nous y avons apporté toutefois une petite modification : les anses externes fixées aux coiffes métalliques sont ouvertes de façon à ce que l'appareil se retire et se remette plus facilement. Ajoutons, à ce propos, que la double traction n'a été exercée que pendant un mois et demi environ et que l'élastique externe seul a

PLANCHE II.

Ligne parabolique du maxillaire supérieur

5

AVANT LE TRAITEMENT

6

APRÈS LE TRAITEMENT

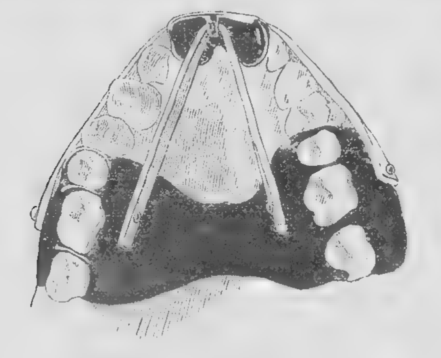


Fig. 7. — Appareil placé.

agi tout le reste du temps qu'a demandé la correction *(figure 7, planche II)*.

Pendant le traitement le sujet n'a été gêné en rien dans ses études ; toutefois ses visites étaient assez irrégulières et l'appareil a été souvent quitté pendant plusieurs jours, malgré notre défense.

Une légère gingivite s'est produite au cours du redressement, mais elle a disparu quelques jours après l'application d'un traitement approprié.

Nous appelons de nouveau votre attention sur l'appareil qui nous a servi dans cette circonstance. Par sa facilité de construction et d'application, il satisfait aux conditions que nous souhaitons tous de voir remplies dans les appareils de ce genre.

Les appareils orthopédiques sont fort nombreux ; mais quelques-uns seulement sont d'un usage fréquent, parce qu'ils répondent plus spécialement aux qualités de simplicité et d'efficacité que nous recherchons. Celui-ci n'offre aucun inconvénient et possède les avantages suivants :

Il est peu volumineux, peu encombrant et très peu gênant pour le patient. Il est très bien toléré. Il n'amène pas, chez les enfants, cet état de surexcitation qu'on a observé pendant le port d'appareils volumineux, encombrants et douloureux, comme le bâillon et les appareils nouveaux à traction postérieure avec point d'appui sur la nuque.

La plaque de vulcanite, en laissant libre une grande partie du palais, permet à la voûte palatine de se modifier incessamment par le fait du refoulement des dents et de la partie antérieure du maxillaire. Cette liberté du palais rend possible également le refoulement de la gencive, sans occasionner d'étranglement et, par conséquent, en évitant la douleur et les accidents inflammatoires.

Avec les coiffes, qui maintiennent toujours à leur place les élastiques de traction, il n'y a jamais à craindre d'irritation ou d'ulcération des muqueuses, qui ne sont à aucun moment en contact avec les élastiques.

Enfin, aucun appareil ne permettrait de modifier aussi facilement et aussi sûrement nos forces agissantes, qui sont cependant d'une puissance très grande et dont vous pouvez juger l'efficacité par les modèles que j'ai l'honneur de vous présenter.

DES COMPLICATIONS AU COURS DU TRAITEMENT DE LA CARIE DU 3e DEGRÉ

Par M. Francis Jean,
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

Toute dent pathologique nécessitant l'ablation de la pulpe peut, en général, être guérie après un traitement d'une durée de 3 à 5 séances; mais lorsque des complications surviennent, les soins doivent être plus ou moins prolongés suivant l'intensité et la durée des accidents, jusqu'à la disparition complète des désordres.

Ceux-ci se traduisent toujours par la périodontite, dont la gravité varie avec l'origine de la cause qui la produit et avec sa puissance.

La plupart des praticiens pensent, avecjuste raison, que la complication dont nous parlons peut être imputable à une action intempestive des agents thérapeutiques, et en particulier aux caustiques tels que l'acide arsénieux employés dans le traitement.

Pour obtenir par l'acide arsénieux ou tout autre escharotique le résultat désiré par l'opérateur, c'est-à-dire une désorganisation suffisante de la pulpe permettant son extraction facile sans trop de douleur, il est essentiel que l'action du médicament s'étende aussi loin qu'il est possible dans la racine sans dépasser son extrémité, car le filet pulpaire (que M. Mahé a appelé si heureusement radicule), relié à la branche extra-radiculaire, gardera nécessairement une certaine sensibilité.

Mais atteindra-t-on toujours ce but?

La vascularité de l'organe à détruire est déjà un élément très sérieux pour l'échec ou la réussite de cette première partie du traitement. Examinons les divers cas qui peuvent se présenter :

Dans le cas d'une jeune dent où le travail d'élaboration calcique est en pleine activité, le canal ou les canaux largement ouverts constituent un danger permanent d'inflammation;

c'est ainsi que chez les enfants l'application de l'acide arsénieux peut provoquer une périodontite, malgré les grands ménagements et les minutieuses précautions prises.

Évidemment nous ne faisons allusion ici qu'aux dents permanentes, bien que les dents de lait ne soient pas exemptes de la carie du 3e degré et que le traitement de leurs canaux soit pour le plus grand nombre des praticiens une question controversée et sur laquelle il serait très important d'ouvrir une discussion complète. Nous serions même très heureux de voir cette question figurer à l'ordre du jour de notre Société d'odontologie, voire même du prochain congrès; elle intéresserait, croyons-nous, tous les confrères qui ont l'amour de leur profession et le désir de l'exercer avec succès.

Dans le cas des dents adultes le traitement occasionne plus rarement une périodontite. Par contre, chez les sujets âgés l'échec du traitement peut tenir à l'inaccessibilité des canaux dans toute leur profondeur, bien que le même phénomène puisse se produire par l'application incorrecte du pansement caustique dans un ou plusieurs des canaux radiculaires, soit par un usage répété de cet agent toxique ou simplement par la compression de la pulpe ou de la radicule par le pansement.

Pour éviter les mécomptes, ou tout au moins pour les réduire au minimum, il est utile de suivre avec une grande attention la marche des opérations. En examinant par phases le mode opératoire du traitement de la carie du 3e degré, nous constaterons que l'origine de la complication qui peut survenir est plus variable qu'on ne le croit communément.

La séance qui suit l'application du pansement caustique doit en général être réservée à l'ablation de la pulpe, opération qui doit être rendue tolérable par l'usage des anesthésiques locaux, si toutefois la sensibilité l'exige, ce qui nous renseigne sur le degré de dévitalisation. Pour cette ablation, nous introduisons aussi doucement qu'il est possible notre tire-nerfs dans la pulpe et dans la radicule, et

des mouvements de torsion enlacent le filet radiculaire qui, se trouvant serré, devra être sectionné par une traction brusque.

Toutes les précautions étant prises, est-on bien certain que cette manœuvre sera toujours assurée du succès souhaité, même s'il s'agit des racines fortes?

Cependant les racines les plus accessibles, et par suite les plus favorables à l'opération, peuvent donner des surprises fâcheuses.

Il se peut que le tire-nerfs n'entraîne qu'une partie de la pulpe, et la partie restée dans la dent, refoulée ensuite dans la racine par les manœuvres opératoires, pourra s'y infecter. C'est là une nouvelle cause de périodontite, et nous sommes persuadé qu'en réalité c'est la plus commune.

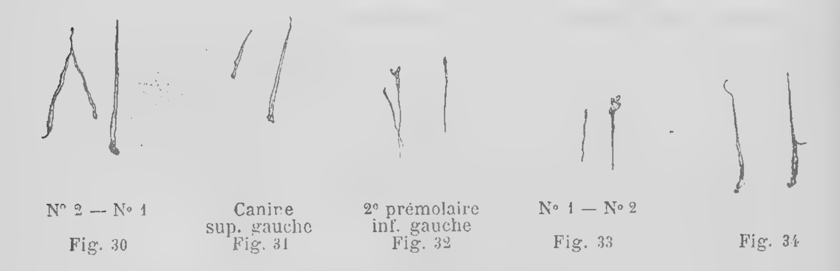
Il est juste de dire qu'un praticien prudent mettra la dent traitée à l'épreuve par une obturation provisoire ; mais celui-ci n'est-il pas en droit de compter sur un bon résultat par une obturation définitive, quand il a cru prendre toutes les précautions indispensables ?

Il y aurait donc dans le traitement un aléa défectueux, qui laisserait toujours un doute dans l'esprit de l'opérateur et une crainte pour la réussite de son travail.

Dans un des cas les plus favorables à l'extirpation de la pulpe, nous avons vu cette pulpe se diviser et donner l'illusion d'une ablation totale, la constitution de la pulpe en fibres longitudinales se prêtant elle-même très bien à cette illusion. C'est sur ce point précis que nous insistons, parce qu'à notre connaissance le cas n'a pas encore été signalé.

Dans les canaux des dents inférieures aplatis en fourreau de sabre on a en quelque sorte deux pulpes réunies longitudinalement ; donc rien de surprenant ; mais dans les incisives et canines supérieures notamment cette disposition n'existe pas, et cependant nous avons souvent eu à constater cette apparence d'ablation pulpaire totale. Ainsi, pour une racine de canine supérieure droite (fig. 30), nous avons enlevé à l'aide de la sonde la pulpe et le filet radiculaire qui est dessiné ci-contre n° 1.

Nous étions en droit de croire, vu la grosseur et la longueur du filet, à une ablation totale et pourtant dans une séance ultérieure, à l'aide de deux sondes introduites simultanément, nous avons obtenu le 2e fragment dessiné au n° 2.



N° 2 — N° 1 Fig. 30 — Canine sup. gauche Fig. 31 — 2e prémolaire inf. gauche Fig. 32 — N° 1 — N° 2 Fig. 33 — Fig. 34

Les figures 31 et 32 représentent des cas identiques.

Les figures 33 et 34 représentent des cas qui m'ont été communiqués par M. Mahé, à qui j'avais depuis quelque temps signalé les faits en question.

La figure 33 a trait à la radicule d'une canine supérieure droite, que la sonde ramena d'un seul coup sous cette forme bipide.

La figure 34 à une prémolaire inférieure gauche ; dans ce cas l'opérateur s'est assuré qu'il n'y avait qu'un canal et qu'il n'était pas aplati. Les chiffres indiquent l'ordre dans lesquels les fragments ont été retirés.

Il résulte donc bien de ces faits que l'ablation complète de la pulpe peut n'être qu'apparente et que là est la cause primordiale des complications observées à la suite d'un traitement de cette nature.

Il sera donc indispensable pour notre satisfaction et celle du malade que toute trace de filet radiculaire ait disparu.

De plus, si l'on peut enlever tout l'organe pulpaire, on peut aussi en faire la section au delà de l'apex, et dans ce cas la périodontite sera réellement due à une circulation supplémentaire accidentelle ; de là, nécessairement, une congestion et peut-être une suppuration plus ou moins persistante qui retardera la marche du traitement.

Une remarque utile à faire, c'est que dans la manœuvre opératoire du traitement des canaux on devrait faire usage d'instruments spéciaux. La première condition pour ces

instruments est qu'ils soient aseptiques, et nous savons que trop souvent une sonde ou un tire-nerfs servent à traiter indifféremment une carie du 3e ou du 4e degré. Cela constitue une intervention défectueuse, ainsi que le faisait valoir un de nos collègues de la Société d'odontologie, pour l'accroissement des risques d'inoculation à une pulpe saine ou à peine lésée.

Il est donc recommandable de ne faire usage que d'instruments stérilisés au moment de s'en servir ; il faut en outre prendre de grandes précautions pour éviter leur fracture dans les racines, car cette fracture pourrait perdre irrémédiablement une dent, si l'extraction n'en pouvait être faite. La création d'un faux canal par l'usage du foret ou de la fraise destinés à élargir la cavité pulpaire ou le canal radiculaire amènerait également un échec.

La dent étant guérie et prête à être obturée, nous ne sommes pas encore à l'abri des complications, et celles qui peuvent à ce moment survenir seront dues à l'obturation des canaux. Ainsi, après dessication de l'organe par l'air chaud, nous nous mettons en devoir d'obturer les canaux soit avec la gutta-percha, ou, mieux encore, avec une pâte antiseptique. Pour l'introduction de la matière obturatrice choisie, les précautions doivent être rigoureuses, afin d'éviter une poussée d'air dans les racines, et nous avons très fréquemment observé le fait que nous avons contrôlé ainsi : une sensation plus ou moins douloureuse se fait sentir dans le canal, en y introduisant une mèche serrée ; la preuve est faite si la sonde ou le tire-nerfs sans ouate peut aller jusque dans le fond de la racine sans provoquer cette même sensation. Il y a donc là l'effet d'un piston dans le premier cas ; il est vrai que la complication due à cette origine n'est pas d'une gravité bien considérable, mais il faut néanmoins éviter toute susceptibilité de la dent à la périodontite. Une dent cariée au 3e degré traitée si bien qu'elle le soit n'est jamais qu'un organe taré, bien que toutes les précautions soient minutieusement prises. L'échec peut encore provenir de l'idiosyncrasie du sujet.

Donc les causes des complications du traitement de la carie au 3e degré tiennent :

1° A l'âge du sujet.

2° A l'emploi intempestif des médicaments caustiques.

3° A la compression des pansements.

4° Au traumatisme occasionné par l'ablation pulpaire.

5° A l'ablation pulpaire incomplète ou mal effectuée.

6° A l'emploi d'instruments septiques.

7° A des causes accidentelles opératoires.

8° A l'antisepsie incomplète des canaux.

9° A leur obturation mal conduite.

10° A l'idiosyncrasie du sujet.

En résumé, nous poserons en principe la suppression de l'obturation immédiate des dents cariées au 3° degré.

C'est là, croyons-nous, le point le plus délicat du traitement.

Nous estimons en outre qu'on doit mener le traitement aussi rapidement qu'il est possible en quelques séances espacées au plus de 24 heures par des pansements modérément serrés, en n'employant que des instruments aseptiques. Il sera pour cela nécessaire de faire usage de tire-nerfs et de sondes solides en platine iridié, qu'on flambera au moment voulu. Au cours de l'intervention pour l'ablation de la pulpe, l'emploi de la cocaïne est indiqué ; des irrigations fréquentes avec un liquide antiseptique seront nécessaires pour se débarrasser des débris déjà sectionnés.

On s'assurera du dégagement complet du canal en y introduisant, à moins d'impossibilité, deux sondes à la fois, et enfin, on devra, toutes ces précautions prises, mettre la dent à l'épreuve pendant quelques semaines après assèchement à l'air chaud, par une obturation provisoire, puis observer les précautions sus-indiquées pour l'obturation des canaux et l'obturation définitive ensuite.

En somme nous présentons à nos confrères en toute modestie quelques observations de détail qu'il nous a été donné de faire dans nos travaux opératoires, en les priant

de s'intéresser eux-mêmes dans leurs recherches au point particulier que nous leur signalons. Ce sera avec plaisir et reconnaissance que nous verrons nos remarques complétées ou discutées.

Pour achever ces quelques notes, que nous présentons à la bienveillance de nos collègues, nous serions heureux de leur signaler l'utilité, au point de vue de notre profession, des observations personnelles du praticien, si modestes soient-elles. Souvent nous avons pu constater chez nos confrères que des faits relevés au cours de leurs travaux avaient laissé dans leur esprit un doute ou une légère inquiétude ; nous serions tous très satisfaits, au point de vue instructif et corporatif, s'ils y voulaient bien attacher un peu plus d'importance, soit par une communication à nos Revues, soit dans une discussion soumise aux membres de notre Société.





SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 19 juin 1899.

Présidence de M. CRUET.

I. — PRÉSENTATIONS, PAR M. LE D[r] AMOEDO.

M. Amoëdo présente une dame qui a subi la RÉIMPLANTATION D'UNE RACINE DÉCALCIFIÉE.

DISCUSSION.

M. Rodier fait remarquer l'absence d'appareil de contention. Sur les greffes et réimplantations qu'il a eu l'occasion de faire, il n'a jamais placé d'appareil de contention, du moins immédiatement, et a obtenu les meilleurs résultats sans ces appareils qui gênent les malades et provoquent l'infection.

M. Pietkiewicz évite toujours les ligatures ; mais il est des cas où il faut en faire.

Dans le cas présent, pourquoi n'a-t-on pas placé une dent entière au lieu d'une dent de Logan ajustée sur une racine ? La racine enfoncée à force a causé une réaction un peu vive.

M. Cruet. — Il faut tenir compte des conditions de la réimplantation. — Il a eu le tort d'enlever un appareil au bout de deux jours à un enfant qui rentrait au collège.

C'est une question d'espèce et de cas particulier.

M. Amoëdo attache une grande importance à la ligature qui doit être gardée trois mois. La soie s'infecte : il préfère trois boucles en fil métallique. Il a mis une dent de Logan, n'ayant pas de dent naturelle assortie à la bouche ; ce n'est pas l'action mécanique du maillet, mais l'infection qui a causé l'inflammation consécutive.

M. Amoëdo présente ensuite une dame ayant subi L'IMPLANTATION D'UNE DENT NATURELLE DANS UN ALVÉOLE ARTIFICIEL.

DISCUSSION

M. Pietkiewicz. — L'alvéole artificiel a été pratiqué quatre ans après la perte de la dent ; malgré la résorption assez considérable qui a dû se produire, la gencive est au même niveau que sur les autres dents, ce qui est remarquable.

M. Amoëdo. — On pourrait mettre ce phénomène sur le compte de l'ostéite condensante ; j'en ai eu déjà un autre exemple.

L'auteur expose ensuite la technique de son implantation : il incise la gencive, pratique deux lambeaux palatin et labial, ce dernier plus large. Il a soin de comprendre le périoste dans ses lambeaux.

M. Cruet. — Nous admettons l'exactitude de l'observation : la dent est réimplantée depuis cinq ans, quatre ans après l'extraction. L'explication de M. Amoëdo est plausible : par ses lambeaux, il allonge la gencive, et, malgré la résorption, la gencive peut encore se trouver de niveau.

M. Sebileau. — On peut répondre à la question posée par MM. Pietkiewicz et Gaillard de la manière suivante :

Quand M. Amoëdo, après avoir incisé la gencive d'avant en arrière au niveau du point où il doit creuser l'alvéole, décolle cette gencive pour en faire deux lambeaux, l'un externe, l'autre interne, lesquels doivent ensuite engainer la dent, il ne décolle pas seulement la muqueuse, mais encore le périoste. Ainsi chacun des deux remparts qu'il constitue à la dent nouvelle est, en réalité, composé de deux couches : l'une extérieure ou superficielle, muqueuse ; l'autre intérieure et profonde, périostale. Il est probable qu'ici le périoste obéit à la loi générale qui régit sa physiologie, à savoir que, séparé de son os, il fabrique du tissu osseux par sa face profonde fertile.

C'est sans doute de cette manière que le lambeau gingival se double à la face profonde, d'une mince lamelle osseuse qui en réalité, est une vraie reconstitution par le périoste des procès alvéolaires détruits par la résorption qui suit l'extraction.

II. — Contribution a l'étude de l'étiologie de l'érosion dentaire, par M. le Dr Amoedo.

M. Amoëdo, après quelques considérations sur l'étymologie du mot « érosion » et le sens qu'il faut lui attribuer, rapporte l'observation d'une jeune fille présentant, en même temps que de l'érosion dentaire des dents incisives et canines, une affection oculaire caractérisée par de l'aberration de réfrangibilité des cornées. Il attribue la production de ces lésions à une chute grave sur la tête, qu'aurait faite cette jeune fille, à l'âge de 4 ans.

Discussion.

M. Sebileau. — Il convient de faire les plus expresses réserves sur les conclusions que M. Amoëdo vient de tirer sur « l'*étiologie de l'érosion dentaire dans ses relations avec les affections de la cornée* ».

A prendre au pied de la lettre la communication de M. Amoëdo, on pourrait croire qu'il place les affections de la cornée, envisagées

d'une manière générale, sous la dépendance des dystrophies dentaires, ou inversement qu'il établit entre les unes et les autres un rapport de cause à effet, qu'il place les premières dans le chapitre étiologique des secondes ou réciproquement. Mais je présume que tel n'est pas l'esprit de la communication de M. Amoëdo ; l'expression, sans doute, a dépassé la pensée : c'est vraisemblablement de coexistence, de parallélisme, de corrélation, de rapports d'étiologie commune entre les affections cornéennes et les érosions dentaires que M. Amoëdo a voulu parler. Sur ce terrain doit s'engager la discussion.

Pour appuyer sa thèse, M. Amoëdo vient de nous lire trois observations. Ces observations ne se ressemblent pas ; elles constituent deux groupes de documents : le premier groupe (observation n° 1) se rapporte à un malade qui, ayant subi, vers l'âge de 4 ans, un traumatisme crânien, présenta plus tard des érosions dentaires et des troubles visuels désignés par M. Amoëdo sous le nom d' « aberration de réfrangibilité de la cornée » ; le second groupe (observations n° 2 et n° 3) concerne deux sujets atteints d'hérédo-syphilis sur lesquels M. Amoëdo a pu diagnostiquer des lésions trophiques du système dentaire et des altérations profondes, parenchymateuses, de la cornée.

Je prends d'abord les documents du second groupe. M. Amoëdo rapporte deux faits où coexistaient les dystrophies dentaires et une kératite interstitielle. Il aurait pu facilement en trouver des centaines, et je dois dire que cela n'aurait pas ajouté un grand intérêt à la chose. Personne, en effet, n'ignore aujourd'hui que la kératite profonde et l'érosion dentaire sont l'une et l'autre fonction d'hérédo-syphilis, que ce sont deux coins d'un même tableau changeant, au premier plan duquel figurent encore l'hydrocéphalie, l'infantilisme, la microcéphalie, les déformations de la face et du crâne, la surdité congénitale, des lésions conjonctives du foie, du testicule, etc., etc.

Je passe maintenant aux documents du premier groupe. Pour entrer dans la discussion, je crois utile de présenter deux observations : la première, c'est que M. Amoëdo ne nous donne aucun détail sur le traumatisme crânien dont sa malade lui a dit avoir été victime, sur les symptômes que cet accident a provoqués, non plus que sur « l'affection oculaire qui a apparu quelque temps après » ; la seconde, c'est que je ne sais trop quel sens il convient d'attribuer à l'expression suivante dont il s'est servi : « Les cornées présentent de l'aberration de réfrangibilité ». M. Amoëdo veut-il dire par là qu'il y a, chez sa malade, exagération de ce qu'on appelle l'aberration normale de réfrangibilité de l'œil, laquelle tient à ce que les différents rayons lumineux qui composent la lumière blanche, n'ayant pas le même indice de réfrangibilité, vont former, dès que

l'objet n'est plus exactement à la distance de la vision distincte, leur foyer sur des points différents de la rétine, et entend-il marquer ainsi, par un détour de langage qui prête singulièrement à la confusion, que sa malade présente un des nombreux troubles du sens chromatique désignés sous le nom de dyschromatopsie ? Ou bien M. Amoëdo vise-t-il seulement des modifications survenues dans la courbure de la cornée, modifications ayant troublé le pouvoir réfringent relatif des différents méridiens de la lentille oculaire et ayant ainsi déterminé une anomalie dite de réfraction et non de réfrangibilité (astigmatisme, kératocone) ? Car je ne veux rien dire du cristallin que notre collègue a fait intervenir, je ne sais pourquoi, au chapitre pathogénique de sa communication, dans des termes tels qu'il m'est impossible de saisir le sens de l'allusion qu'il a faite à cet organe, lequel n'a rien à voir avec les « affections de la cornée » qui font l'objet de son travail.

Dans la première hypothèse, je répondrai à M. Amoëdo qu'on a signalé, en effet, la dyschromatopsie et l'achromatopsie dans les contusions du crâne, mais que ces phénomènes sont considérés comme des affections de l'appareil nerveux optico-rétinien, et non pas comme le résultat d'une maladie cornéenne, comme un trouble de l'appareil de réception et non pas comme un trouble de l'appareil de transmission.

Dans la seconde hypothèse, je ferai à M. Amoëdo deux objections que voici :

1° Ou bien M. Amoëdo considère les lésions qu'il a observées comme la conséquence d'un traumatisme crânien accompagné de troubles cérébraux à manifestations diffuses (contusion, commotion cérébrale, compression du manteau gris par un épanchement sanguin sus-dure-mérien), et alors je répondrai que le propre de ces troubles est d'abord d'avoir une durée éphémère, ensuite de n'engendrer précisément aucune localisation symptomatique, de déterminer un arrêt momentané total ou, tout au moins, diffus du fonctionnement psychique et de ne s'accompagner, par conséquent, d'aucune lésion dystrophique régionale.

2° Ou bien, et c'est ce que j'ai cru comprendre, M. Amoëdo met les altérations oculo-dentaires qu'il a observées chez sa patiente sur le compte de troubles cérébraux à manifestations localisées et incrimine un traumatisme de la cinquième paire. En ce cas, c'est sans doute une fracture de la base du crâne que vise notre collègue, car je ne vois pas quel autre traumatisme pourrait avoir produit sur le ganglion du trijumeau les lésions qu'il rend responsables des troubles par lui observés sur les dents et la cornée. En ce cas, trois remarques s'imposent ici : la première est qu'on a bien signalé des accidents produits par les fractures basilaires sur le facial, le moteur oculaire

commun, le moteur oculaire externe, le pathétique même, mais qu'à ma connaissance il n'a point été observé de symptômes consécutifs à des blessures du ganglion de Gasser survenues dans les dites conditions ; la seconde, c'est que pour accepter son hypothèse il faudrait dans l'espèce supposer une double fracture du rocher si parfaitement symétrique des deux côtés et, pour ainsi dire, si providentielle qu'elle aurait doublement réalisé sur la même personne une chose jusqu'à ce jour inconnue ; la troisième est que la section expérimentale du trijumeau détermine sur la cornée, non pas les modifications de courbure et les anomalies consécutives de la réfraction signalées par M. Amoëdo chez sa malade, mais bien des altérations trophiques depuis longtemps connues de tous les physiologistes : opacité, pannus vasculaire, ulcération, perforation, etc.

Voilà pourquoi je disais qu'il fallait faire des réserves sur les conclusions de M. Amoëdo.

M. Amoëdo, désirant connaître l'avis de la Société, s'est permis de présenter, à titre de consultation, l'étiologie assez rare du cas qu'il a eu à examiner.

Comme il y avait déjà quatorze ans que l'enfant avait fait cette chute, la mère ne se souvenait pas d'une façon précise de ses détails, se rappelant seulement de l'avoir vue très malade après la chute qu'elle fit sur la tête.

La mère était très affirmative quant aux fièvres et convulsions, car elle n'avait jamais quitté sa fille depuis sa naissance. — M. Amoëdo croit qu'il faut établir une petite nuance entre les troubles trophiques et les troubles d'arrêt de développement. Il ignore les autres mécanismes qui peuvent causer l'aberration de réfrangibilité de la cornée; c'est là une spécialité qu'il n'a pas étudiée ; mais quant aux dents, on sait que c'est un trouble quelconque, capable de déterminer un arrêt temporaire dans la calcification des dents, qui constitue le mécanisme des érosions dont nous nous occupons. Et, ce qui autorise à l'affirmer, c'est qu'il existe une coïncidence presque mathématique entre le moment où la cause déterminante de l'érosion a agi et l'état de calcification des dents affectées.

Dans les érosions dentaires survenues par arrêt de développement les tissus de la dent sont seuls modifiés, les tissus mous restent indemnes, et la dent demeure ferme en place, tandis que dans le cas de troubles trophiques il y a nécrobiose des tissus mous de la dent, les tissus durs sont indemnes et la dent tombe.

M. Chompret. — Très souvent on voit dans la syphillis la concomitance des modifications dentaires et cornéennes.

M. Cruet. — Le diagnostic ne s'établit que par la concomitance des dites modifications.

M. Pietkiewicz. — J'ai eu occasion d'examiner un jeune homme

qui présentait des érosions dentaires ; j'affirmai à l'examen qu'il s'était produit quelque incident au cours de sa croissance ; enfin on se rappela que l'enfant était tombé par la fenêtre, lâché par sa nourrice. J'ai dû incriminer le traumatisme.

M. Chompret. — J'ai observé une jeune fille qui avait les deux incisives centrales inférieures érodées ; elle avait fait une chute à l'âge de trois ans ; il y a eu traumatisme direct.

M. Cruet. — Nous ne connaissons pas la nature de l'érosion consécutive à toutes les maladies graves ; il n'est pas impossible d'incriminer le traumatisme ; mais il est bien rare que la famille ne se rappelle pas un coup ou une chute qui permette d'invoquer le traumatisme ; c'est comme le courant d'air dans les cas de fluxion dentaire.

Il faut attendre un nombre suffisant d'observations pour pouvoir juger en connaissance de cause.

(Extrait de la *Revue de Stomatologie.*)



I. — Un nouveau traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse.

On sait que certaines formes de stomatite ulcéro-membraneuse se montrent parfois rebelles aux traitements les plus énergiques ; dans ces cas, le processus ulcératif, en s'étendant de plus en plus, finit par détruire la plus grande partie de la muqueuse buccale ; les dents tombent et la nutrition est alors sérieusement compromise ; quelquefois même cette stomatite se transforme en noma. C'est contre les cas de ce genre que M. Aikissel recommande le traitement suivant, qu'il a déjà eu l'occasion d'appliquer sur une cinquantaine d'enfants ; il lui a toujours donné d'excellents résultats.

Après avoir pratiqué l'extraction des dents les plus altérées, on fait un curettage rapide et complet, avec curette tranchante, de toutes les ulcérations gingivales, linguales et autres, puis on frictionne les parties cruentées avec de la poudre d'iodoforme. On prescrit ensuite des nettoyages de la bouche avec des tampons boriqués et des bains de bouche avec de l'eau boriquée, toutes les heures.

Le curettage ne devra être pratiqué qu'une seule fois, tandis que les frictions iodoformées seront répétées deux ou trois fois, suivant la gravité du cas, jusqu'à ce que les ulcérations se détergent et se couvrent de bourgeons de bonne nature.

Ce curettage ne provoque jamais d'hémorragie sérieuse. Le seul inconvénient de ce procédé, c'est d'être un peu douloureux ; mais, en revanche, il offre des avantages d'une évidence telle que l'hésitation ne semble plus permise. Sous son influence la stomatite se trouve singulièrement abrégée ; dans les faits observés par l'auteur elle a été de trois jours et demi en moyenne et de six au maximum, et cela dans des cas fort rebelles, ayant résisté pendant cinq à huit semaines à tous les traitements employés.

(Presse médicale).

II. — Rectification et conservation du chloroforme anesthésique.

Le procédé adopté pour la rectification du chloroforme s'écarte des indications du codex et comprend les opérations suivantes :

1° Lavage à l'eau distillée ;

2° Traitement à l'acide sulfurique (2,5 o/o) renouvelé deux et même trois fois, si la coloration est sensible, durée deux à trois jours;

3° Traitement par la lessive de soude à 1,33 (3 o/o), qui décompose les produits colorés étrangers; durée trois à quatre jours;

4° Lavage à l'eau distillée;

5° Traitement par le chlorure de calcium fondu, pur et grossièrement pulvérisé (2,5 o/o); agitation pendant deux ou trois heures, puis, addition d'huile d'œillette. Celle-ci possède au plus haut degré la propriété de prévenir l'altération du chloroforme;

6° Distillation. Le chloroforme distillé est reçu dans des récipients jaugés contenant par avance la quantité d'alcool correspondant à 2 millièmes en poids.

Conservation : on a pu conserver pendant dix ans des échantillons de chloroforme dans des flacons de verre jaune exposés à la lumière diffuse en y ajoutant un millième d'alcool. Pour l'usage courant, le chloroforme est additionné de deux millièmes d'alcool éthylique pur et absolu. La densité est 1498 à 15°. Avec cinq millièmes, la densité tombe à 14934.

Bien que l'altération du chloroforme exposé à la radiation solaire directe soit d'autant plus rapide que la quantité d'alcool ajoutée est plus faible, la proportion de deux millièmes en poids est suffisante pour prévenir toute altération à la lumière diffuse pendant un temps très long.

(*Progrès médical belge*).

III. — Titrage de l'eau oxygénée.

L'eau oxygénée n'est pas une simple solution d'oxygène dans l'eau, mais une véritable combinaison répondant à la formule H_2O_2. Son titre est variable et correspond au volume d'oxygène qu'elle peut dégager sous l'action, en milieu acide, du bioxyde de manganèse. On dit qu'une eau oxygénée est à douze volumes lorsqu'elle peut dégager douze fois son volume d'oxygène. La vérification se fera très facilement par le procédé du Dr Deroide que voici : verser dans un vase à essai 1 cent. cube d'eau oxygénée, 50 cent. cubes d'eau distillée et 1 cent. cube d'acide sulfurique pur, agiter le mélange et ajouter en remuant continuellement une solution déci-normale de permanganate de potassium jusqu'à coloration rose persistante. Le nombre de cent. cubes employés multiplié par 0.56 donne le titre d'eau oxygénée en volumes. Il arrive qu'en commençant la réaction ne se produit pas tout de suite, il suffit alors d'agiter le liquide et d'attendre quelques instants pour que la décoloration ait lieu.

(*Progrès médical belge*).

IV. — Traitement du muguet par le suçon boriqué.

La *Semaine médicale* donne un nouveau traitement du muguet institué par le Dr Escherich, de Gratz.

Il prend un petit tampon de coton aseptique, l'imprègne d'acide borique pulvérisé et additionné de saccharine (20 centigr. de poudre environ), puis le renferme dans un petit sachet de soie ou de batiste soigneusement stérilisé. On introduit ce suçon dans la bouche de l'enfant, qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des tétées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une facon directe et continue sur l'oïdium albicans. On renouvelle le lendemain.

L'effet du traitement se fait assez rapidement apercevoir. Dans les cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de 24 heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales, d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés la guérison ne se produit qu'après un temps plus ou moins long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale ; mais l'affection guérit très bien même en l'absence des moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que chez les moribonds, qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe, pour ainsi dire, plus de sécrétion salivaire.

(*Progrès médical belge.*)

V. — Notes sur la cocaïne.

Nous avons relaté dernièrement la découverte de Gunther au sujet d'un dérivé de la cocaïne, qui serait une impureté de celle-ci. Cette base de Gunther serait décelable au moyen de la réaction de Mac Lagan (ammoniaque).

Plus récemment Schäffer a découvert un autre dérivé dont les propriétés sont différentes de la base de Gunther et auquel l'auteur donne le nom de cocaïnidine. Son procédé de recherche est celui-ci : à une solution de cocaïne, 0,05 centigrammes pour 20 grammes d'eau, on ajoute 5 cent. cubes d'une solution à 3 0/0 d'acide chromique et ensuite 5 cent. cubes d'acide chlorhydrique à 10 0/0. Mélanger. En l'absence de cocaïdine la solution reste claire ; en sa présence on constate un précipité orangé. La base de Gunther fond à 111°, celle de Schäffer fond à 94°.

(*Progrès médical belge.*)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Majesté et L. Bouchardeau, (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.
Société Française de Fournitures Dentaires. G. Ott et Cie. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

CLASSIFICATION DES VICES D'ARTICULATION

Par M. Angle

Traduit du *Dental Cosmos* par Ch. Weber,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite)

La disproportion dans la grandeur des arcades est due habituellement au développement inégal des maxillaires, l'angle de la mâchoire inférieure étant beaucoup plus obtus que normalement, ou bien il peut résulter du trop grand développement du corps de la mâchoire. On rencontre de temps en temps des cas où il paraît avoir un développement excessif dans certaines parties du corps de la mâchoire (fig. 35).

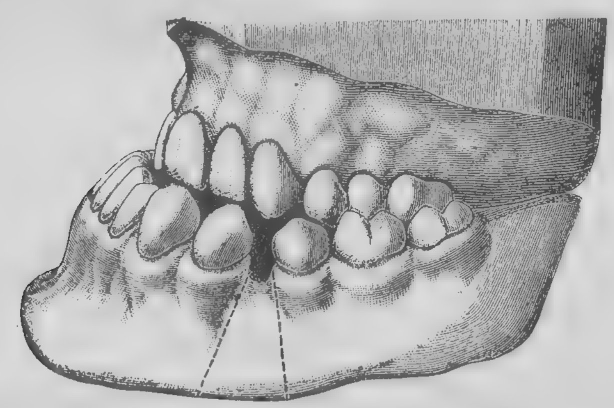


Fig. 35.

Dans la collection de l'auteur il se trouve un modèle qui montre un développement exagéré des deux moitiés latérales entre les canines, un espace étant plus grand que la largeur d'une bicuspide et l'autre moins grand.

Dans les autres cas qu'on rencontre la mâchoire semble normale en forme, la protrusion n'étant apparemment causée par un avancement accentué qu'à l'état normal de l'articulation temporo-maxil-

laire ; ceci est probablement dû à la progression lente du condyle en avant et aux modifications des forces.

Dans tous les cas de malocclusion appartenant à cette classe la perversion des lignes faciales est le fait le plus remarquable, donnant dans quelques cas des difformités très prononcées.

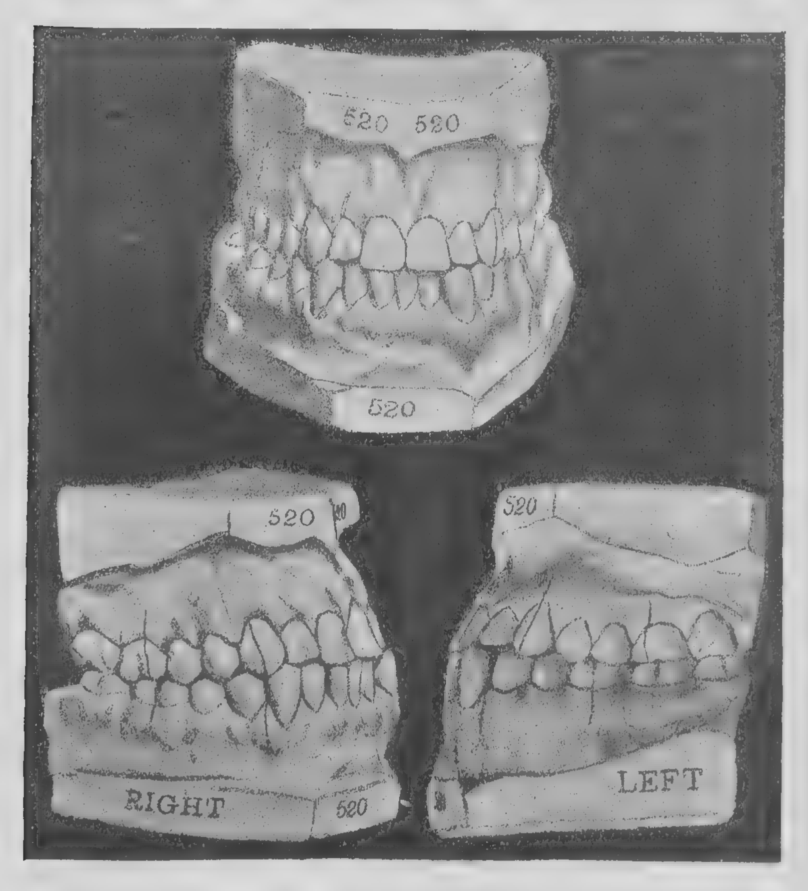


Fig. 36.

Cette classe a aussi une subdivision dont les caractères principaux sont les mêmes que ceux de la classe principale, excepté que l'irrégularité est à un degré moins prononcé : l'une des moitiés latérales seulement étant en occlusion mésiale, tandis que l'autre moitié latérale est normale, comme dans figure 36.

Il est bien probable que tous les cas qu'on rencontrera se trouveront compris dans la classification qu'on vient de faire.

Il reste encore cependant une classe possible, c'est-à-dire celle où l'une des moitiés latérales est en occlusion mésiale, tandis que l'autre est en occlusion distale ; mais les cas qui ont ces caractères se trouvent si rarement qu'il est inutile d'y insister.

Dans la classification précédente on voit que chacune des moitiés latérales des arcades doit être considérée comme distincte, mais cependant d'une égale importance dans le diagnostic.

On rencontre souvent des cas où un certain nombre de dents articulent apparemment sur les points des cuspides pouvant faire supposer deux classes différentes ; mais après un examen attentif la majorité des plans inclinés rentre dans l'une ou dans l'autre de ces classes.

La perte d'une dent par l'extraction ou autrement est suivie généralement par des changements tellement marqués dans la position des dents qui restent que le diagnostic et le traitement deviennent très compliqués. Aussi devra-t-on tenir compte de la coaptation des dents et des autres changements qui ont eu lieu comme résultat de l'extraction.

Classe I

Position relative des arcades dentaires : mésio-distale, normale, avec des malocclusions habituellement limitées aux dents antérieures.

Classe II.

Opistognathisme, avec occlusion distale des dents inférieures.

Division 1.

a) Arcade supérieure étroite avec des incisives supérieures allongées et proéminentes, défaut de la fonction nasale et labiale. Respiration buccale.

b) Comme en *a*, mais avec une seule moitié latérale de l'arcade engagée, l'autre moitié normale. Respiration buccale.

Division 2.

a) Léger rétrécissement de l'arcade supérieure. Projection des incisives supérieures en avant avec surplombement et inclinaison linguale. Fonction labiale et nasale normale.

b) Comme en *a*, mais avec une seule moitié latérale de l'arcade affectée, l'autre normale. Fonction buccale et labiale normale.

Classe III.

a) Protrusion de la mâchoire inférieure avec occlusion mésiale des dents inférieures ; les incisives et canines inférieures sont inclinées lingualement.

b) Comme en *a*, mais avec une seule moitié latérale de l'arcade affectée, l'autre étant normale.

Des milliers de cas de malocclusion examinés dans la proportion d'un mille par classe ont donné les résultats suivants :

Classe I		692
Classe II.	Division I	90
	Subdivision 1	34
	Division 2	42
	Subdivision 2	100
Classe III		34
	Subdivision	8
		1000

Influence des lèvres, des joues et des surfaces articulaires dans la mauvaise articulation des dents.

Dans le chapitre sur le diagnostic des différents cas nous avons insisté sur la puissante influence, dans l'articulation normale, des muscles des lèvres et des joues, ainsi que sur l'inclinaison des surfaces articulaires des dents pour le maintien de l'harmonie des dents et de la grandeur relative des arcades.

Dans les cas de mauvaise articulation appartenant à la classe I, les arcades sont généralement plus ou moins rétrécies, et comme résultat nous voyons les dents entassées les unes sur les autres et proéminentes ou bien comme on dit vulgairement « les dents pêle-mêle ». Dans ces cas les lèvres deviennent un facteur puissant et permanent dans le maintien de cet état, elles agissent habituellement également sur les deux arcades et empêchent toute action effective de la langue ou même toute tendance inhérente de la part de la nature à la régularisation naturelle.

En d'autres termes, les grandeurs rétrécies et diminuées des arcades ne peuvent dépasser une limite fixe, elles ne peuvent s'élargir à cause des lèvres qui déploient une force égale en puissance à celle qu'exercent les arcades lorsqu'elles sont de grandeur normale et les dents quand elles articulent normalement.

De même que dans l'articulation, chaque surface inclinée de cuspide qui est anormale sert à la maintenir dans sa mauvaise position ou à la forcer à sortir encore davantage de sa position actuelle, chaque fois qu'on ferme la mâchoire.

On en peut déduire aussi facilement que les mêmes influences s'exercent dans toutes les autres classes de malarticulation.

Face au point de vue de l'art. Lignes faciales normales.

L'un des mauvais effets de la malocclusion est le dérangement ou la défiguration de la physionomie normale.

Il s'ensuit que dans l'application de nos principes d'orthodontie nos efforts doivent se diriger en sorte que la correction de la déviation de ces lignes ait pour résultat de les modifier, afin qu'elles se

rapprochent le plus possible des lignes idéales de la beauté faciale autant que les moyens dont dispose notre art nous le permettent, ainsi que le caractère et le tempérament de l'individu.

Les services que nous pouvons rendre à l'humanité sont, dans cette partie, très nombreux et sont infiniment plus précieux que ceux qu'offrent les autres branches de l'art dentaire.

Les individus possédant une grande altération des lignes faciales



Fig. 37.

ont quelquefois à cause de cela une difformité notable, qui est pour eux et les autres une source constante d'humiliation.

Ces mêmes individus peuvent être traités de manière à amener dans leur physionomie une transfiguration complète de l'expression faciale, allant même jusqu'à la possibilité de produire chez eux des lignes de beauté.

Par le manque d'une connaissance exacte du vrai but de l'orthodontie, on risque de travailler dans une ignorance complète de l'art facial, et alors non seulement on ne corrige pas le défaut, mais on produit des résultats encore plus déplaisants qu'avant.

Pour procéder intelligemment nous devons commencer par nous mettre dans l'esprit et dans les yeux les contours d'une physionomie correcte au point de vue artistique. C'est ce qui nous servira de type dans l'application des corrections que nous avons à faire.

Pour obtenir cette perfection de la face, c'est en vain que nous pourrions la rechercher dans le peuple.

Quoiqu'il soit possible de trouver un certain nombre de gens pos-



Fig. 38.

sédant plus ou moins les traits caractéristiques de la beauté, nous trouverons cependant que tous ont des lignes qui ne sont pas en harmonie avec la physionomie idéale.

Raphaël disait : « Il n'y a rien de si rare que la beauté parfaite chez la femme ». Quand il peignait la tête de Galathée, il ne put trouver parmi les vivants de sujets possédant un type de beauté assez parfait pour lui servir de modèle et il fut forcé de substituer à la nature un certain idéal inspiré par son imagination.

Dans la recherche de la beauté les écrivains ont été obligés de s'inspirer de cette définition d'Albrecht Durer : « La beauté est le

contraire de la laideur. Plus on s'éloigne de la laideur plus on s'approche de la beauté. »

Nous devrons avoir recours au pur idéal pour nous guider dans l'imitation, mais jamais pour copier servilement.

Quand un profil est bien choisi, tous les traits viendront s'harmoniser avec lui ; jamais une figure n'est repoussante avec un beau



Fig. 39.

profil et on ne peut rendre belle aucune figure dont le profil soit laid.

La figure 37 représente le profil d'une figure si parfaite dans ses contours qu'elle a servi de modèle classique ; c'est celui d'Apollon.

Ce profil idéal nous sera d'une grande valeur comme base de diagnostic, servant aussi bien de type pour l'esthétique de la face que dans la ligne d'articulation.

La figure 38 est l'application de cette ligne verticale à une autre figure d'une grande beauté, qui correspond, ainsi qu'on peut le voir, aux trois points indiqués plus haut.

La figure 39 nous montre encore une très belle figure dans laquelle on remarque facilement combien cette ligne s'approche de l'idéal, tandis que la figure 40 nous montre une figure tout à fait par-

faite dans beaucoup de points, mais lorsqu'on lui applique la ligne



Fig. 40.



Fig. 41.

d'harmonie nous voyons sa variation de l'idéal et en conséquence l'effet déplaisant.

La figure 41 nous montre le profil d'une autre physionomie chez

laquelle la variation de la ligne d'harmonie est très grande et le résultat une véritable difformité.

M. Mac Dowel me dit un jour qu'il croyait possible de se servir de cette ligne pour déterminer les déformations. Je pense avec lui que l'idée est bonne, et je donnerai le plan suivant.

Comme on peut trouver qu'une altération dans une partie quelconque du profil peut être déterminée par l'application de cette ligne, nous appliquerons les termes pro ou sub, suivant le développement et la situation, pour désigner ces variations, comme par



Fig. 42.

exemple, sub-inter-maxillaire dénotant un arrêt de développement dans la région des os inter-maxillaires ; pro-inter-maxillaire pour désigner l'opposé, ou développement excessif ; pro-inférieur maxillaire et sub-inférieur maxillaire pour désigner un développement excessif ou insuffisant, ou bien retrusion ou protrusion de ces maxillaires ; développement pro-mentonnier ou sub-mentonnier pour désigner l'excès ou l'insuffisance dans le développement du menton ; pro ou sub-dentaire pour désigner l'inclinaison excessive ou insuffisante en dehors ou en dedans des incisives, etc. De même l'exagération ou le défaut de développement des lèvres peuvent être désignés par sub ou pro-labial.

La figure 42 montre le développement sub-mentonnier, la figure 43 montre le développement pro-labial et sub-mentonnier.

Ces termes nous semblent se rapprocher beaucoup plus de nos

besoins que le petit nombre des termes, généralement mal employés, tels que prognathisme, orthognathisme, qui furent introduits par l'étude de la crâniologie pour désigner la variation dans l'angle facio-crânial de l'homme et des animaux inférieurs, mais qui sont tout à fait insuffisants pour exprimer des variations causées par la malocclusion des dents et du développement asymétrique des os et muscles de la face.

Il est nécessaire de s'aider du jugement et de l'expérience dans l'em-



Fig. 43.

ploi de cette ligne, de façon à ne pas confondre la déformation d'une région avec une autre.

Comme par exemple dans la catégorie de cas de mauvaise articulation représentée par la figure 25 [1], l'erreur provient de ce qu'on considère généralement le développement comme pro-inter-maxillaire, tandis qu'en réalité le développement est dans presque tous les cas sub-inférieur maxillaire, comme le montre la figure 44, qui représente la même face après le traitement.

Ce dernier consiste dans l'avancement graduel de la mâchoire inférieure de façon à obtenir l'occlusion normale des dents, qui est rendue possible en établissant tout d'abord l'harmonie dans la ligne

---

1. V. page 277 du N° du 30 septembre.

d'articulation, comme nous l'avons décrit au traitement des cas de mauvaise articulation appartenant à la classe II, division 2 a.

Tous ceux qui prétendent et espèrent avoir de réels succès dans la correction des vices d'articulation, devront cultiver l'amour de l'esthétique, observer et étudier minutieusement les lignes normales et



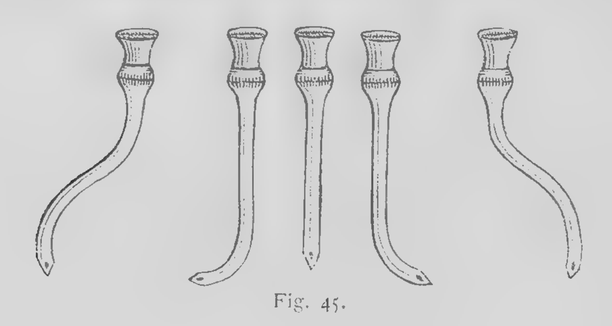
Fig. 44.

anormales de la physionomie humaine, en même temps que les rapports qu'elles ont avec l'articulation des dents.

Une appréciation et une application judicieuse des principes de cet art marche de pair avec la pratique heureuse en orthodontie.

La facilité et la sûreté avec lesquels on meut les dents au moyen des appareils d'orthopédie modernes nous font entrevoir de grandes possibilités dans le champ de l'art de la restauration faciale, et l'on ne peut plus maintenant rester davantage dans l'ignorance des phases si importantes de ce sujet.

l'insensibilité complète de cette membrane qu'on peut avec efficacité abolir la douleur de l'extraction.


Fig. 45.

Considérations pratiques.

Quoique nous ayons jusqu'à cette date (20 juin 1899) employé des solutions de cocaïne à 3 0/0 et que nous n'ayons jamais eu à déplorer le moindre accident, néanmoins, en considération de l'opinion du professeur Reclus, nous n'employons que les solutions à 1 0/0 en raison de l'impossibilité où l'on est de reconnaître quand le patient est en état hygide.

Nous continuons à opérer en conservant les patients en position.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

SUR L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR INFILTRATION. — MÉTHODE DE SCHLEICH

(G. MAHÉ D. F. M. P. — D. E. D. P.)

Nous avons différentes solutions cocaïniques pour l'anesthésie locale : la solution aqueuse de chlorhydrate, les solutions grasses de cocaïne basique, dans l'oléo-naphtine de Poinsot, dans l'huile d'olive de Vigier. M. G. Mahé, dans un travail récent, nous apporte les résultats de nombreux essais faits avec une nouvelle méthode, la méthode de Schleich. — J'emploie à dessein ce mot inexact de *nouvelle méthode*, car ce procédé, quoique datant de plusieurs années, est peu connu, et surtout peu employé des opérateurs français.

Chacun sait que la méthode de Schleich consiste dans l'injection de quantités assez considérables d'une solution très faible de cocaïne dans de l'eau contenant 2 o/o de chlorure de sodium.

Le chlorure de sodium a pour but d'empêcher la *douleur d'infiltration* de se produire lors de l'injection ; d'autre part il renforce le pouvoir anesthésique de la cocaïne et permet ainsi de diminuer la dose de l'alcaloïde.

La solution que M. Mahé emploie contient o gr. 002 de cocaïne par centimètre cube, ce qui donne une solution à titre très bas ; il est ainsi possible d'injecter une grande quantité de liquide sans craindre d'intoxication. M. Mahé, de même que M. Feindel (*L'Odontologie* du 30 juillet 1898), pose comme règle générale qu'il faut injecter environ une seringue par racine. Cette règle est d'ailleurs loin d'être absolue.

Comment agit une aussi minime quantité de principe actif ? M. Mahé, comme Schleich et Romme, croit que l'anesthésie obtenue est surtout une anesthésie par distension des éléments anatomiques, une *anesthésie par infiltration.*

Comme toujours, lorsqu'il s'agit d'injection intra-gingivale d'une solution anesthésique, l'état de la gencive est de première importance. C'est ce que fait très bien ressortir M. Mahé dans un passage que je me permettrai de citer : « ... en matière d'anesthésie par injection

intra-gingivale, l'état de la gencive est PRIMORDIAL. Qu'on remarque bien que je ne parle pas ici seulement de la gencive *pathologique*, que tout le monde a signalée, qui est le siège d'une vive inflammation, d'un abcès ; je parle de la gencive macroscopiquement saine, *physiologique* en quelque sorte.

» Il s'en faut, et de beaucoup, qu'à l'état de santé semblable toutes les gencives se ressemblent.

» Il faut d'abord tenir compte de la hauteur du bord alvéolaire que tapisse la gencive. Il y a des gencives hautes de 10 à 15 millimètres, où l'on trouve facilement un endroit favorable à l'injection, et d'autres qui n'existent pour ainsi dire pas, le repli gingivo-buccal commençant presque au collet. Il y a des gencives épaisses dans la masse desquelles on loge facilement une injection, et d'autres tellement minces qu'à peine peut-on introduire l'aiguille entre elles et l'os. Il y a des gencives fermes, gardant bien l'injection ; il en est de molles qui la laissent diffuser avec une rapidité trop grande pour qu'elle puisse agir ; mais il en est aussi de si fermes qu'il est presque impossible d'y faire pénétrer la masse d'injection en quantité suffisante pour en espérer un effet sérieux. Il y a des gencives qui ne saignent pas après les piqûres, et d'autres qui laissent échapper par les trous d'aiguille assez de sang pour entraîner une notable quantité de l'injection ; et on ne peut, en toute justice, attendre un effet quelconque d'un médicament virtuellement absent. Et ces diverses variétés se combinent entre elles de façon à créer des terrains opératoires très dissemblables, parmi lesquels il en est qui ne permettent pas une injection efficace ; et cela, je le répète, en dehors de tout cas pathologique. »

M. Mahé a fait un nombre considérable d'essais — 78 opérations, dont il nous donne les observations détaillées — au moyen de la méthode de Schleich, et il a obtenu les résultats suivants :

Opérations : 78.

Anesthésie	nulle, 7 fois, soit	8.97 o/o
—	faible, 22 fois, soit	28.20 o/o
—	bonne, 21 fois, soit	26.92 o/o
—	parfaite, 17 fois, soit	21.79 o/o
—	absolue, 2 fois, soit	2.56 o/o
—	impossible à apprécier, 9 fois, soit	11.53 o/o

De ce tableau l'auteur n'ose pas encore tirer de conclusions fermes ; il désire posséder un plus grand nombre d'observations avant de se prononcer d'une manière définitive.

Mais il nous dit toutefois que la méthode de Schleich, sans donner les résultats superbes que nous obtenons avec les solutions de cocaïne basique dans l'huile, donne une anesthésie *pratiquement suffi-*

sante, meilleure que l'anesthésie obtenue avec la solution de chlorhydrate à 1 o/o.

« Elle est absolument incapable de provoquer un accident *cocaïnique*.

» Son titre fort bas permet en partie de compenser le mauvais état des gencives par une injection copieuse.

» Elle permet, d'autre part, le cas échéant, d'en injecter des quantités relativement élevées et de pratiquer ainsi en une seule séance des opérations nombreuses, sans être forcé à l'anesthésie générale. »

En résumé, du travail très intéressant, très documenté de M. Mahé, il ressort nettement que la méthode de Schleich est un excellent procédé, qui dans beaucoup de cas peut rendre de signalés services et par conséquent doit entrer dans la pratique courante.

M. Mahé nous annonce la continuation de ses expériences. On ne peut que l'encourager à les poursuivre et lui souhaiter bon succès dans son œuvre de vulgarisation.

G. Gross.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud**, 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. TÉLÉPHONE 264.30.
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TELEPHONE 214.53.
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.

Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TELÉPHONE 214.47. 45, r. de la République. Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / ***Tube anesthésique.*** — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1898-99.

SESSIONS D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste s'ouvriront à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris pendant l'année scolaire 1899-1900, savoir: la première, le 6 novembre 1899; la deuxième, le 28 mai 1900.

I. — **Conditions d'admission.** — Sont seuls admis à se présenter à ces sessions :

1° *Pour les trois examens,* les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens,* les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen,* les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes.

Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ;

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ;

Un certificat constatant qu'ils sont français ;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 :

A ces pièces, les candidats élèves des Ecoles dentaires visés au paragraphe 1er de cette affiche devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 10 *juillet* 1883, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures*, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont fait, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.*

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

III. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, les **23 et 24 octobre 1899**;	1er examen, les **14 et 15 mai 1900** ;
2e examen, les **20 et 21 novembre 1899**;	2e examen, le **5 juin 1900** ;
3e examen, les **18 et 19 décembre 1899**;	3e examen, les **25 et 26 juin 1900**.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — **Dates des examens.** — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

1° Première Session	2° Deuxième Session
1er examen, du **6 au 18 novembre 1899**;	1er examen, du **28 mai au 2 juin 1900** ;
2e examen, du **4 au 16 décembre 1899**;	2e examen, du **18 au 23 juin 1900** ;
3e examen, du **8 au 20 janvier 1900**;	3e examen, du **9 au 21 juillet 1900**.

Paris, 28 septembre 1899.

Le Doyen de la Faculté.
P. Brouardel.

Certificat d'études secondaires.

Les examens du certificat d'études secondaires exigé des candidats aux grades de pharmacien de 2e classe et de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, *les mercredi 25 et jeudi 26 octobre prochain.* Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau) *jusqu'au 21 octobre inclus.*



NOUVELLES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Réouverture des cours.

Les cours pour la scolarité 1899-1900 ouvriront le lundi 6 novembre. La clôture du registre d'inscriptions pour les élèves réguliers aura lieu le mercredi 15 novembre à midi.

Cliniques dentaires.

Le Conseil de Direction, dans sa séance du 26 septembre, a autorisé les élèves à suivre les cliniques dentaires suivantes:

ASILE SAINTE-ANNE, rue Cabanis, n° 1 et boulevard St-Jacques, *mercredi de 9 h. à midi.*

Professeur: M. Poinsot.

ASILE DE VAUCLUSE, à Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) *jeudi de 9 h. à midi.*

Professeur: M. Martinier.

Il a été décidé en outre que les notes données aux élèves dans ces cliniques compteront pour les travaux pratiques exigés par le carnet scolaire.

Aides de clinique.

Il vient d'être créé à l'École dentaire de Paris deux places *d'aide de clinique*, rétribuées 500 francs par an chacune, pour 2 heures de présence trois fois par semaine (le matin de 8 h. à 10 h.), plus un dimanche sur deux.

Les candidats à ces postes sont invités à adresser leurs demandes au Secrétaire général, Dr Sauvez.

Il sera procédé à la nomination au choix, à la suite d'un concours sur titres.

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900.

La Commission d'organisation doit avoir une importante réunion le samedi 28 et le dimanche 29 octobre pour ratifier toutes les mesures prises jusqu'ici et donner une impulsion nouvelle à tous les comités français et étrangers constitués en vue de la grande réunion pro-

fessionnelle du mois d'août prochain. Nous ne saurions trop recommander à tous les membres de la commission, notamment à ceux de province, de ne pas manquer d'assister à cette réunion. Ajoutons que presque tous les comités nationaux étrangers sont actuellement formés et que de toutes parts nous recevons de bonnes nouvelles de l'activité déployée pour le succès du Congrès de 1900.

Institut dentaire en Bavière.

Nous apprenons la prochaine création par l'État, à Munich, d'un Institut dentaire, dont la direction serait confiée à M. le Dr Berten, avec M. le Dr Hermann Mayer, comme assistant.

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à là disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication:

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 80. — *Quel est le vernis le plus adhérent pour recouvrir un ciment afin d'éviter que celui-ci ne soit trop tôt mouillé ?*

? N° 82. — *Peut-on m'indiquer, pour injections, un bon anesthésique, pouvant être employé en toute sécurité, c'est-à-dire sans contre-indication, préparé en ampoules stérilisées ? Si oui, où se le procure-t-on ?*

G. D.

☞ *Réponse.* — La maison P. A. Kœlliker et Cie a mis en vente sous le nom d' « *anesthol* » un anesthésique titré, dosé, non toxique et préparé en ampoules stérilisées.

G. O.

— L'anesthésique local donnant le plus de sécurité à l'opérateur est actuellement la « *Nirvanine* » (Voir *L'Odontologie* du 30 avril 1899). Pas de contre-indication, puisqu'il n'est ni caustique ni toxique. Se trouve en ampoules stérilisées à la pharmacie Vicario, 17, boulevard Haussmann.

E. B.

? *N° 84. — Pourrait-on se procurer ou avoir en communication la brochure publiée en 1886 par le Dr Pradère, chirurgien-dentiste, sur un nouveau traitement des maladies des voies respiratoires ?*

R. M. F.

☞ *Réponse.* — « *La Phtisie vaincue* » par le Dr Pradère de Moyne. Ce volume se trouve à la bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris, série C n° 113. Il peut être prêté, comme tous les autres volumes de la bibliothèque, aux membres de l'Association générale des Dentistes de France, conformément aux articles 2 et suivants du Règlement intérieur (Voir annuaire de l'Association page 77).

E. B.

? *N° 85. — A. Où peut-on se procurer le masque du* Dr DARIN *pour anesthésie au protoxyde d'azote, dont il est parlé dans le numéro de* L'Odontologie *du 15 janvier 1898 ?*

B. Où peut-on avoir des renseignements précis à ce sujet ?

C. Quelles sont les contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote par ce procédé ?

R. V.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie.* **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

DANS VILLE DE 35,000 AMES, *station hivernale* (à cette époque, population
1 augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, actuellement 30,000 francs.

Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires.
2 Installation récente et de premier ordre. **Tour électrique,** etc. etc. Pour renseignements, s'adresser Maison G. Ott et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-[11])

---

3 *CABINET DENTAIRE* situé dans le 1er arrondissement à céder (pour raison de famille), muni de tout le confort moderne **et** possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z., Maison G. H. Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-[9])

---

4 **A CÉDER** à Marseille, pour *cause de santé*, cabinet dentaire avec bonne petite clientèle. On cèderait à part la clientèle, ainsi que l'outillage de cabinet et d'atelier en très bon état. S'adresser à la Pharmacie générale, Marseille. (156-[6])

---

5 **DOCTEUR,** connaissant dentisterie et prothèse, achèterait bon cabinet Paris ou province ou accepterait une association. En cas d'association à Paris apporterait nombreuses relations mondaines et médicales. Ecrire à M. Hautié, 14, rue du Casino, aux Sables d'Olonne (Vendée). (157-[6])

Raison de santé, **A CÉDER BON CABINET,** fondé depuis 19 ans, seul dans une *ville de l'Est,* très peu de frais, bonne clientèle, susceptible d'augmentation. Produit 12 à 13.000 francs. On demande 20.000 francs, dont moitié comptant. Ecrire à L. S. D. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-[6])

A CÉDER tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées, seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix
7 demandé, y compris l'installation très confortable : 8.000 fr., dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-[5])

---

8 *On demande* pour la province un **BON MÉCANICIEN OPÉRATEUR,** *diplômé* ou *patenté,* S'adresser chez M. Mamelzer, 55, rue Bichat, Paris. (161-[4])

MÉCANICIEN, cinq ans d'expérience, absolument au courant de tous travaux techniques, spécialiste pour la fabrication des pont démontables « systèmes
9 Müller et Vill », cherche situation dans cabinet de premier ordre. Certificats et recommandations à disposition. Ecrire à E. S. B. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (162-[4])

CHIRURGIEN-DENTISTE BELGE, 40 ans, ayant été pendant de nombreuses années à la tête d'une grande clientèle en Angleterre, désire trouver la gérance
10 d'un *Cabinet Dentaire à Paris* ou dans *station d'hiver.* Peu exigeant pour la rétribution et fournirait les meilleures références. S'adresser L. C. P. Guide Association, 15, rue des Petits Champs, Paris. (163-[4])

DOCTEUR EN MÉDECINE, *Chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de médecine de Paris,* demande place d'opérateur ou part de cabinet à Paris ou en province,
11 Ecrire aux initiales D. D. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare. Paris. (164-[4])

On demande un **BON OPÉRATEUR,** diplômé *ou sur le point de l'être,* connais-
12 sant bien la prothèse : on pourrait traiter pou une cession ultérieure. Ecrire aux initiales T. B. W. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (165-[3])

---

13 *JEUNE FRANÇAISE, diplômée Ecole Dentaire Genève et D. D. S.* (États-Unis), parlant couramment *anglais* et *allemand,* désire place assistant chez un bon dentiste. ·crire à D. J. F. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (166-[4])

Voir la suite page suivante.

19e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX.

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

UNE MÉTHODE RATIONNELLE
DE LA DÉVITALISATION INDOLORE
DE LA PULPE DENTAIRE

Par M. MENDEL JOSEPH,

Chef des travaux pratiques du Laboratoire d'Histologie à l'École Dentaire de Paris.

Le jour où la dévitalisation de la pulpe dentaire à l'aide d'un produit arsenical a été pour la première fois mise en pratique, le traitement conservateur de l'appareil dentaire a réalisé un progrès considérable. C'était une idée féconde et comme le point initial de la série ingénieuse d'inventions et de perfectionnements grâce auxquels il a été permis d'édifier cette belle méthode du traitement conservateur que nous possédons actuellement.

L'application des préparations arsenicales constitue donc une date importante dans l'histoire de la thérapeutique dentaire. Mais, elle offre, il faut l'avouer, à côté de grands avantages, un inconvénient sérieux, dont jusqu'aujourd'hui encore on n'a pas su triompher efficacement : j'entends parler de la douleur, parfois intense, qu'accompagne l'action de cette substance sur la pulpe dentaire.

Dans bien des cas le phénomène douleur est d'une faible acuité et de peu de durée ; il est alors facilement supporté et n'occasionne aucun trouble notable. Par contre, il est des cas, qui ne sont point des exceptions, où la douleur est vivement ressentie, où elle devient même intolérable. Et ce qui importe particulièrement ici, c'est que la violence de l'action arsenicale se manifeste précisément chez des personnes d'une vive impressionnabilité et dont cette douleur peut affecter profondément la sensibilité générale.

Pour obvier à ce désavantage, j'ai expérimenté la plupart des préparations médicamenteuses préconisées à cet effet dans nos dépôts dentaires, j'ai essayé de nombreuses combinaisons, dans des proportions variées, des médicaments appropriés à cet usage, et si, grâce à la présence constante de l'élément arsenic, j'arrivais à supprimer la vitalité de la papille dentaire, il n'en était point de même en ce qui concerne l'exclusion du phénomène douleur.

Cette impossibilité d'obtenir des résultats positifs, constants, me paraissait d'autant plus fâcheuse que nous n'avons plus l'excuse de nos devanciers : l'absence de la médication anesthésique ; nous possédons, au contraire, des substances précieuses que leur mode d'action sur nos tissus semble désigner d'une façon toute spéciale à l'objectif de nos recherches.

Bien plus, ces substances anesthésiques sont couramment utilisées par nos confrères, justement, dans le but de combattre la douleur consécutive à l'application arsenicale. Et pourtant, elles sont loin de donner entière satisfaction.

D'où vient donc cette variabilité, cette inconstance dans les résultats ?

A mon sens, la raison en est essentiellement dans l'emploi d'un procédé empirique, suranné, défectueux et qui me semble devoir être totalement abandonné dans notre pratique.

Comme on le sait, le procédé habituel de la dévitalisation de la pulpe dentaire consiste dans le *modus faciendi* suivant : de faibles quantités d'acide arsénieux, de cocaïne

et d'acide phénique ou de créosote sont mélangées pour former une pâte molle de consistance caséeuse. Ce mélange est reçu sur une petite boulette de coton, porté dans la cavité cariée et appliqué au niveau de l'organe lésé. Une autre boulette de coton introduite ensuite dans la même cavité et destinée à la remplir aussi complètement que possible, sert de protecteur, d'isolateur au pansement médicamenteux.

Or, il suffit de considérer rationnellement les conditions en présence pour se rendre compte de l'insuffisance du procédé. En effet, les substances que nous venons d'énumérer sont toutes plus ou moins solubles. Cette solubilité, qui offre des avantages au point de vue de leurs effets thérapeutiques, par la facilité avec laquelle ces substances peuvent se diffuser dans les tissus et exercer leur action propre, doit être envisagée à un point de vue différent lorsqu'elles sont introduites, pour y séjourner, dans un milieu où les liquides peuvent avoir facilement accès, comme dans les cavités dentaires qu'obture une simple boulette de coton.

Les substances médicamenteuses sont ici abandonnées à tous les caprices du hasard. Aucune précaution sérieuse n'est prise pour les garantir contre l'action dissolvante des liquides bucaux. Ces derniers pénètrent dans la cavité d'autant plus aisément que le coton protecteur est très lâchement inséré, — afin d'éviter toute compression préjudiciable. Et alors, quelle certitude peut-on avoir quant à l'action du médicament? Que se passe-t-il exactement avec la cocaïne, l'acide arsénieux, le véhicule, et que reste-t-il de chacun de ces éléments? Ce qui me paraît certain, c'est que l'action de la cocaïne et du véhicule est ici rapidement annihilée par l'influence dissolvante de la salive et que l'acide arsénieux, dont la solubilité est moins grande, demeure la seule force agissante en présence de l'organe pulpaire.

Cela une fois admis, la nécessité de *l'isolement parfait du pansement arsenical* apparaît comme un corollaire indispensable. En effet, aussi longtemps que la

substance active placée dans la cavité dentaire ne se trouvera pas à l'abri de toutes les altérations accidentelles venant du dehors, les combinaisons les plus ingénieuses ne sauraient donner de résultats satisfaisants.

Ici surgit un petit problème : comment réaliser cet isolement parfait ?

Je crois l'avoir résolu et d'une façon pratique, en m'adressant à une substance qui, pour cet usage, offre des avantages évidents sur toutes les autres matières obturatrices. Cette substance, c'est l'albâtre pour empreintes.

En effet, la gutta-percha, substance si précieuse pour les pansements étanches, ne peut être employée ici par suite de la pression qu'exige son insertion. Une solution de gutta dans le chloroforme a l'inconvénient de perdre facilement son dissolvant dans le flacon ; en outre les obturations faites avec cette substance se rétractent notablement une fois le chloroforme évaporé. Le ciment serait une matière excellente s'il n'avait pas le défaut (dans cette circonstance) d'acquérir au bout de 24 heures une dureté trop grande.

L'albâtre, au contraire, n'offre aucun de ces inconvénients : il se manie aisément ; son introduction dans la cavité est facile et ne nécessite qu'une pression insignifiante ; il durcit rapidement et peut être retiré de la cavité au moment voulu sans la moindre difficulté. Il pénètre dans toutes les anfractuosités de la cavité, qu'il obture parfaitement.

Il y aura un an bientôt que je me sers du *pansement-albâtre* à l'occasion de l'application arsenicale et les résultats que j'en ai obtenus sont entièrement à son avantage.

*

Voici donc que nous rentrons dans une atmosphère nouvelle, où nous pouvons désormais parler des remèdes et les utiliser avec discernement et logique, car nous pouvons enfin assurer et leur composition exacte et leur action normale, autrement dit, nous pouvons faire de la thérapeutique rationnelle.

Les dérivés de l'arsenic et quelques-uns de ses composés

sont aujourd'hui considérés comme les agents les plus appropriés à la dévitalisation de l'organe pulpaire. De toutes les combinaisons de ce métalloïde l'acide arsénieux est le plus fréquemment usité. En effet ses qualités physico-chimiques et thérapeutiques le recommandent le plus pour cet usage. Malheureusement il semble être de tous les produits arsenicaux celui dont l'action irritative s'exerce avec plus de violence.

J'ai dit, à l'instant, que, pour obvier à cet inconvénient, diverses préparations spéciales furent inventées et force formules recommandées ; j'ai dit aussi la raison pour laquelle, à mon avis, elles devraient rester également inefficaces. Examinons cependant les idées directrices qui inspiraient ces tentatives.

Deux voies furent suivies pour atteindre le même résultat. Les uns, partant de cette idée préconçue et empirique que la douleur occasionnée par l'application arsenicale est due essentiellement, sinon exclusivement, à la compression des terminaisons nerveuses, compression déterminée par la turgescence des vaisseaux de cet organe, cherchaient à provoquer, à l'aide d'une médication appropriée, la constriction du système vasculaire de l'organe intéressé et par suite la suppression du phénomène douleur. De là l'adjonction au mélange de l'atropine et de l'ésérine tentée par notre regretté Paul Dubois.

Les autres, au contraire, s'adressaient directement à l'élément percepteur de la sensibilité et s'efforçaient d'obtenir la paralysie des terminaisons nerveuses par l'application des substances anesthésiques. Toutes les fonctions dans la sphère de la sensibilité étant ainsi abolies, la perception et la réaction douloureuse devenaient matériellement impossibles.

J'estime que cette dernière voie est à la fois la plus simple et la plus rationnelle. En effet, la turgescence des vaisseaux est loin d'être la seule cause de la douleur. L'élément nerveux ne souffre pas seulement parce qu'il est comprimé : il subit lui-même, et lui surtout, l'action désorganisante

du produit arsenical. Les recherches microscopiques de M. Arkovi ont mis en évidence combien sont profondes les lésions des éléments nerveux de la pulpe dentaire soumis à l'action de ce caustique.

D'ailleurs, il est assez vraisemblable que le phénomène congestif lui-même soit sous la dépendance du trouble de l'innervation régionale, surtout, lorsqu'il s'agit, comme ici, non pas de l'action d'un agent septique, mais d'un irritant-composé inorganique.

Donc, il faut s'attaquer à l'appareil de la sensibilité et faire appel au concours des anesthésiques.

Quelle est la substance qui, par l'ensemble de ses propriétés, répond le mieux à cette indication?

A mon avis, c'est la cocaïne, et plus particulièrement son sel, le chlorhydrate. Il possède en effet des propriétés précises: il détermine la paralysie des terminaisons sensitives par action élective sur la substance nerveuse; il possède, en outre, et sans qu'il soit possible d'en saisir exactement le mécanisme, la propriété de rétrécir le calibre vasculaire.

L'adjonction de la cocaïne à l'acide arsénieux aurait donc pour objectif de s'opposer à l'irritation arsenicale. Mais pour atteindre le but poursuivi, cette adjonction ne saurait être arbitraire: il importe que les deux éléments soient associés dans des proportions déterminées.

En effet, que recherche-t-on pour prévenir la douleur de l'arsenic? Évidemment, la paralysie de l'élément sensitif. Donc, l'action de la cocaïne doit se manifester d'une manière effective bien avant l'action de l'acide arsénieux. Cette dernière doit être en quelque sorte noyée, étouffée par la quantité infiniment plus grande de la cocaïne et ne doit manifester son action qu'à travers l'anesthésique. D'après mon expérience: à 1 partie de l'acide arsénieux il convient d'ajouter 20 p. de cocaïne.

La formule dont je me sers est ainsi composée :

Acide arsénieux................................	0 gr. 5 cent.
Chlorhydrate de cocaïne..............................	1 gr.

Gaïacol, q. s. pour faire une pâte très molle.

Remarquons que la quantité du composé arsenical doit être ici d'autant plus faible qu'aucune condition étrangère ne saurait entraver son action normale, laquelle, aussi, est puissamment secondée par la présence de la cocaïne.

Le choix du véhicule ne nous semble pas non plus indifférent. Toutes les substances jouissant de propriétés coagulantes doivent être, à mon avis, écartées pour cet usage, car elles contribuent à diminuer le pouvoir de diffusion des médicaments auxquels elles sont adjointes.

C'est pourquoi, nous refusons de nous servir ici de l'acide phénique et nous donnons la préférence au gaïacol ou à l'essence de girofle dont les pouvoirs anesthésiques et antiseptiques sont de nature à favoriser les effets complexes du mélange.

En résumé, l'application de cette méthode offre les avantages suivants :

a) Elle permet d'obtenir l'exclusion parfaite de toute influence étrangère apte à modifier les effets du pansement.

b) Elle permet d'assurer au médicament l'exercice intégral de ses propriétés caractéristiques.

En outre,

c) Elle s'oppose aux accidents pouvant se produire à la suite de la fusion du pansement arsenical et prévient la formation des eschares du tissu gingival dans les cavités cervicales.

d) Enfin, elle contribue à diminuer dans la thérapeutique dentaire l'usage du coton comme moyen d'occlusion provisoire et assure des conditions de propreté et d'antisepsie auxquelles les pansements anotés ne sauraient prétendre.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿. **Touvet-Fanton.** } *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✱, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet**, **Claser** ✠, **Godon** ✱, ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire**, **Devoucoux**, **Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme**, **Stévenin**, **Viau**, I. ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✱ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux**, **Debray** père, **Dugit** père, **Dugit** (A.), **Gardenat**, **Pillette**, **Wiesner**, ✱, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet**, **De Marion**, **Papot**.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet**, **Devoucoux**, **Papot**, **Rollin**, **Stévenin**.

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie*.

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* : **15 0/0** de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance extraordinaire du 22 septembre 1899

Présidence de M. Richard-Chauvin, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Richard-Chauvin. — Avant de donner la parole au Dr Spyer, de Mexico, je tiens à vous faire part officiellement, au nom du bureau de la Société d'Odontologie, de la distinction qui a été conférée à l'un de nous, M. Charles Godon, nommé chevalier de la Légion d'honneur. (Applaudissements.) Cette décoration et l'honneur qui y est attaché rejaillissent sur tous les dentistes, et notre Société ne peut que se féliciter que l'un de ses membres en ait été l'objet. (Applaudissements.)

I. — Les différents modes d'adhérence des plaques dentaires, par M. le Dr Spyer.

M. Spyer. — J'ai tout d'abord à m'excuser auprès de vous si je ne m'exprime pas correctement en français. Votre langue m'est très peu familière et je demanderai à votre secrétaire général de vouloir bien m'assister en vous donnant tous les renseignements utiles pour la bonne compréhension de ma communication.

J'ai l'honneur de vous soumettre un nouveau procédé d'adhérence des plaques dentaires, procédé supprimant complètement les chambres à air qui, comme vous le savez tous, ne peuvent s'appliquer à toutes les bouches, principalement aux palais plats ne présentant pas d'épaisseur de la muqueuse. Avec ma méthode les chambres à air n'existent plus. Il y a juxtaposition complète entre la plaque et la muqueuse et ce système est surtout recommandable pour les bouches à muqueuse se congestionnant facilement.

Le caoutchouc qui est employé dans ce cas provient de gommes du Mexique, gommes présentant des propriétés antiseptiques, si bien qu'on peut recommander son emploi pour des muqueuses enflammées qui se décongestionnent par suite du port de l'appareil.

M. Choquet. — La manipulation du caoutchouc et la préparation de la pièce sont assez délicates. Je vais vous indiquer la marche à suivre telle que me l'a montrée M. Spyer.

Tout d'abord pour obtenir de bons résultats, il faut prendre une empreinte au plâtre et cuire sur le modèle ou tout au moins sur un duplicata.

Voici un appareil supérieur complet représenté dans ce moufle. Le bourrage a été opéré à la manière ordinaire et la pièce pourrait être mise en machine si nous voulions. Mais, avec le procédé Spyer, voici comment nous devons agir : nous chauffons un couteau à la flamme d'un bec Bunsen et nous découpons et enlevons toute la partie centrale représentant la cuvette en laissant seulement une légère bordure de ce caoutchouc devant le talon de nos dents.

Avant de faire cette opération, nous avons au moyen d'une feuille d'étain très mince pris un patron de la cuvette que nous allons découper et remplir ensuite avec le caoutchouc Spyer. Grâce à ce patron, nous découpons dans une des plaques de caoutchouc recouvert d'étain qui vous ont été soumises tout à l'heure, un modèle exactement semblable, que nous ramollissons très légèrement au-dessus d'une flamme d'alcool, jamais dans l'eau.

Le caoutchouc étant bien ramolli, nous le posons à l'endroit occupé précédemment par le caoutchouc ordinaire que nous avons ôté et nous le pressons fortement avec les doigts. Nous découpons un nouveau patron de caoutchouc rouge spécial, nous le plaçons sur la feuille d'étain qui recouvre le caoutchouc que nous venons de remplacer, la contrepartie est mise en place et le moufle porté cinq minutes dans l'eau chaude. Au bout de ce temps, le moufle est passé à la presse pour permettre au caoutchouc de bien prendre la forme définitive. Par suite de la feuille d'étain située entre ces deux couches, il n'y a pas adhérence. On retire alors le caoutchouc mis en dernier lieu et qui garde pour ainsi dire sa forme, on retire la feuille d'étain et l'on met alors en contact les deux feuilles de caoutchouc qui se soudent. Il ne reste plus qu'à procéder à la cuisson, qui a lieu comme pour le procédé ordinaire.

II. — Aurification avec l'or de M. Spyer.

M. Richard-Chauvin. — M. Barrié veut bien nous présenter les remarques qu'il a faites sur une aurification que M. Spyer a exécutée avec un or dont il est l'inventeur.

M. Barrié. — Le Dr Spyer a fait à l'Ecole Dentaire de Paris, le vendredi 22 septembre, une démonstration d'aurification ayant surtout pour but d'initier les praticiens français à l'emploi d'un nouvel or préparé par la maison White, d'après ses indications, et désigné sous le nom de « Moss fibre Gold ».

Il s'agissait de reconstituer une canine présentant une carie interstitielle, face médiane, assez étendue. L'opérateur, après avoir placé la digue, commença le fond ou la base de son aurification avec l'or

de Trey, puis continua son aurification et la termina avec l'or « Moss fibre gold ». Nous lui demandons pour quel motif il commence son aurification avec l'or Solila : « Vieille habitude répond-il, mais vous pouvez n'employer que le « Moss fibre Gold » du commencement à la fin. » L'aurification proprement dite, commencée à onze heures, se termina à une heure. Il est bien évident que, si l'opérateur avait eu ses instruments à lui et un meilleur jour, il eût mis moins de temps ; nous devons ajouter qu'il recuit son or sur une feuille de mica et qu'il ne se sert pas de fouloirs spéciaux. Nous ne discuterons pas les imperfections de l'aurification ; nous indiquerons sommairement ce que nous avons remarqué au point de vue des qualités physiques de ce produit, autant que faire se peut en une seule démonstration et sans l'avoir expérimenté nous-mêmes.

Cet or, dans la préparation duquel l'électricité joue un rôle, nous a paru plus malléable, plus plastique que les ors similaires que nous connaissons, tels que l'or de Trey et l'or de Genève. Le Dr Spyer prétend que, par une bonne condensation, il entre dans la cavité un tiers d'or en poids de plus qu'en employant ses congénères.

Pour nous, ce qui justifierait l'emploi de cet or, ce serait en première ligne la rapidité d'exécution, en réunissant les qualités propres à l'or en feuilles, c'est-à-dire : perfection des bords de la cavité et surtout du bord cervical ; homogénéité parfaite dans la masse de l'aurification ; résistance sérieuse à la mastication dans les cas de reconstitution. Or, il faut bien l'avouer, et M. Godon qui a une certaine expérience des ors cristallisés et de l'or de Trey en particulier sera de notre avis, nous n'avons pas trouvé les diverses qualités énumérées ci-dessus dans les différents produits qu'on nous a soumis ; espérons qu'il n'en sera pas de même avec le « Moss fibre Gold ».

M. Spyer. — Cet or n'est malheureusement pas fabriqué en quantité suffisante pour fournir à toutes les demandes et il ne se trouve pas encore dans le commerce.

M. Prével. — L'aurification avec cet or se fait-elle plus vite ?

M. Barrié. — M. Spyer n'avait pas sous la main tout ce qu'il lui fallait pour aller vite. Quant à la résistance, il faut attendre pour pouvoir juger.

M. Mendel Joseph. — Les bords n'ont pas été faits d'une manière suffisante, car cet or me semble cassant et les bords sont remplis de cavités qui permettent à un instrument d'être introduit.

Quelle différence de temps M. Spyer estime-t-il nécessaire approximativement ? Avec l'or adhésif faut-il plus de temps ?

M. Logan. — Pour aurifier cette dent il a fallu autrefois neuf heures avec l'or adhésif.

M. Spyer. — En tassant cet or on obtient une densité parfaite.

M. Ronnet. — Je n'ai pas assisté à l'aurification, mais je sais

que M. Spyer tasse son or sans qu'il soit dense dans toutes ses parties. S'est-on assuré que la densité était égale partout?

M. Barrié. — Cet or exige un opérateur habile.

M. Ronnet. — J'ai fait des aurifications à l'or adhésif qui ont duré cinq heures; je considère donc qu'un opérateur ordinaire peut refaire toute une dent. J'ai revu au bout de quatre ans une malade à laquelle j'avais fait une reconstitution avec l'or de Trey et cette aurification tenait encore. Aurez-vous la même durée avec cet or cristallisé?

M. Spyer. — Je puis faire une dent toute en or en vingt minutes, car ce n'est pas comparable à l'aurification d'une dent très fragile. Toutes les dents diffèrent et la durée de l'opération dépend de leur état physiologique. Quand tout le champ est libre la chose est plus facile.

M. Ronnet. — Une dent qui ne possède pas une résistance suffisante pour supporter soit la pression à la main, soit les chocs du maillet, n'est pas aurifiable, car il faut des bords solides; c'est une condition *sine quâ non.*

M. Richard-Chauvin. — Quand on vous présente un travail comme celui qui a été fait ici, il faut songer que l'opérateur n'avait pas toutes ses aises pour l'exécuter et il faut tenir compte de l'état de la dent; il est certain que dans de meilleures conditions le temps employé eût été moindre.

J'ai fait une démonstration avec l'or de Genève qui a duré une heure, tandis qu'avec l'or adhésif il eût fallu trois heures; donc il y a gain de temps. Maintenant ces ors de Genève, de Trey, etc. offrent-ils autant de résistance que l'or adhésif manipulé dans de bonnes conditions? Ils se cassent assez facilement, c'est certain; on doit donc trouver un point faible avec des défauts. Ils sont très adhésifs et plus les molécules sont distantes, plus ils sont adhésifs. Il faudrait voir appliquer beaucoup de procédés de ce genre. Une fois, dans une opération que faisait M. Levett, qui est pourtant un aurificateur habile, on remarquait des trous près de la gencive. Il faut donc, suivant moi, préférer l'or en feuilles.

M. Spyer. — Quand une dent a la pulpe exposée, avec cet or les points de rétention sont inutiles; cet avantage suffirait, à défaut d'autres.

M. Ronnet. — Ce n'est pas une particularité de cet or de ne pas nécessiter de points de rétention; avec n'importe quel or, pourvu que vous ayez une bonne gouttière circulaire, votre aurification se fera rapidement et d'une façon très solide.

M. le Dr Sauvez. — M. Haskell s'est trouvé subitement indisposé et hors d'état de faire sa démonstration ce soir; il demande qu'elle soit remise à vendredi.

M. Chouville propose de se réunir le samedi 30 septembre à huit heures et demie du soir. (Cette proposition est mise aux voix et adoptée).

M. Richard-Chauvin. — Dans quelque temps, M. Spyer démontrera son procédé de confection des couronnes. Je crois être l'interprète de la Société en le remerciant de la communication intéressante qu'il a bien voulu nous faire aujourd'hui.

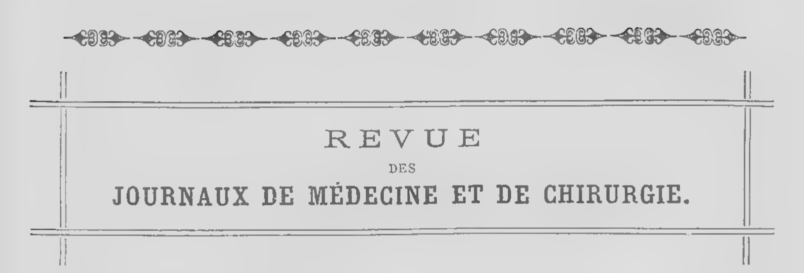
La séance est levée à 10 h. 20.

Le Secrétaire général,
CHOQUET.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an, } **dans 24 numéros.**
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. }

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. / CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 14, rue de Stassart, BRUXELLES. / 4, rue du Grütli, GENÈVE.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* / *Or de Genève.* } 8, quai de Retz, LYON. / 14, rue des Pyramides, PARIS.
Société Française de Fournitures Dentaires. G. Ott et Cie. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris. **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.



REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

LA BOUCHE ET LES LÈVRES

LEURS AFFECTIONS ULCÉREUSES ; UN CAS D'ULCÉRATIONS LABIALES

Par M. le D[r] P. Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quatre diathèses ou maladies constitutionnelles principales choisissent les lèvres pour théâtre de leurs manifestations symptomatiques : ce sont la syphilis et la scrofule, l'herpétisme et le cancer.

Ces manifestations diathésiques affectent généralement, tout au moins à un moment donné de leur évolution, la forme ulcéreuse.

On rencontre chez certains enfants, dans les premiers mois de la vie, de petites plaies linéaires, des fissures aux commissures labiales, des gerçures à la partie médiane de la lèvre inférieure et sur les côtés du lobe médian de la lèvre supérieure. Ces ulcérations linéaires constituent un excellent symptôme pour le diagnostic ; elles sont la signature de la syphilis héréditaire. Elles sont précédées, accompagnées ou suivies de pemphigus, d'enrouement, de tournioles, d'érythème ulcéreux des fesses, de décrépitude infantile.

La syphilis acquise marque son empreinte par trois lésions remarquables :

1° Le chancre infectant, résultat du baiser vulvaire ou d'un contact impur, qui possède, ici comme ailleurs, son induration et son adénopathie spécifiques ; il représente les trois quarts (statistique Ricord) ou les deux tiers (statistique Fournier) des chancres extragénitaux ;

2° La plaque muqueuse, facile à reconnaître à son contour arrondi et à sa teinte grisâtre ;

3° Les syphilides crustacées, dont les croûtes épaisses, noirâtres, enchâssées dans le derme, opposent parfois au traitement une résistance acharnée.

Existe-t-il un chancre mou de la bouche ?

Il y a quelques années, cette question eût été sans hésitation tranchée par la négative. Depuis lors les idées se sont modifiées ; on a les preuves expérimentale et clinique de son existence. Les

docteurs Nanaud de Liseraye et Jeanselme sont parvenus à inoculer le bacille de Ducrey à la face ; ils ont, toutefois, remarqué qu'en se dépaysant, il perdait une partie de ses attributs. Il est à croire que ce nouveau bacille ne se plaît qu'à l'ombre et dans l'obscurité des régions génitales. Honteux de se trouver à la grande lumière, il est mal à l'aise au visage ; il n'ose pas se développer. Le chancre qui en résulte perd ses caractères les plus frappants : ses bords taillés à pic et décollés, la cupule profonde recouverte de pus jaunâtre. En un mot, il n'est plus lui-même.

C'est ce qui explique l'erreur des syphiliographes ; ils l'ont certainement vu, mais ils ne l'ont pas reconnu. Les docteurs Émery et Sabouraud en ont présenté un cas remarquable à la Société de dermatologie.

Dans la première enfance une éruption de croûtes épaisses et d'un jaune doré envahit la région buccale externe. Cette éruption, dans laquelle on découvre des microbes, est de forme nummulaire et siège à la lèvre supérieure. C'est l'impetigo figurata. Elle s'observe chez des enfants beaux, sains, vigoureux ; elle est alors accidentelle. Mais on la rencontre aussi chez des enfants à teint blafard, bouffis ou malingres et souffreteux. Quelques impétigineux ont un teint fleuri, éclatant ; mais ils ont ce qu'on appelle une mauvaise graisse, du mal aux yeux, au nez, aux oreilles ; ils ont la lèvre supérieure en boudin, avec gerçures ou rhagades. Il est difficile alors de faire disparaître ces impetigos ; on en a vu persister des semaines, des mois et même des années (deux ans dans un cas récent).

Cette longue durée, cette ténacité, cette résistance à tous les traitements sont l'indice d'un terrain, d'un substratum scrofuleux. Sur un terrain strumeux on voit pousser plus tard les écrouelles et les engelures ulcérées, les blépharites et les kératites chroniques, les otites et les otorrhées, les adénites et les abcès froids. A ces manifestations succèdent, si la médecine n'intervient pas, des accidents tuberculeux du côté des os, des articulations, des méninges ; les ostéites, les tumeurs blanches, les méningites, la périsplanchnite. Les lèvres deviennent quelquefois le siège de ces scrofulides ulcéreuses, de ces lupus voraces qui rongent, désorganisent, détruisent les tissus de la face, et transforment le visage en un masque hideux et repoussant.

Avec son éruption vésiculeuse limitée, ses croûtes gris jaunâtre, ses polycycles et sa collerette, ses microcycles et ses ulcérations, l'*herpès labialis* offre un aspect caractéristique. On le rencontre fréquemment dans la clientèle. Il est des sujets qui pour une fébricule, un léger rhume, un contact inusité, se voient affligés d'une éruption herpétique. Certaines femmes ne sauraient se passer de leur petit herpès à chaque période menstruelle. C'est quelquefois l'expression

extérieure d'une pneumonie. On connaît la pneumonie herpétique du docteur Fernet.

Cette affection cutanée est souvent idiopathique. Mais sa grande fréquence, son alternance surtout avec des névralgies et des migraines, des épistaxis et d'autres dermatoses, annoncent une maladie constitutionnelle. Quelques-uns la désignent sous le nom d'*herpétisme*. On connaît les idées de M. le professeur Lancereaux sur l'herpétisme, qu'il considère comme une grande névrose vaso-trophique, susceptible de frapper tous les tisus et de produire des névropathies, des bronchites, des dyspepsies, des phlébectasies, de l'artériosclérose.

Un praticien éminent, le docteur Bazin, que les internes de Saint-Louis de son époque — *quorum pars parva fui* — définissaient « une intelligence *mal* servie par des organes », le docteur Bazin reconnaissait l'herpès comme manifestation ordinaire de deux états constitutionnels, l'arthritisme et l'herpétisme : de même pour l'aphte. L'hydroa était de l'arthritisme.

Ces idées étaient fort appréciées alors. Y reviendra-t-on ? C'est possible, *mala renascentur quœ jam...*

A l'heure actuelle cependant, la tendance est de rapporter toutes les maladies constitutionnelles ou les diathèses à l'infection et à l'intoxication. La syphilis, la scrofule qui n'existe pas pour certains et ne serait que du tubercule, seraient des infections ; le cancer aussi. L'arthritisme, résultat d'un ralentissement dans la nutrition, serait une auto-intoxication par des produits azotés incomplètement oxydés : la leucémie, la tyrosine, la créatine, la créatinine, la xanthine et l'hypo-xanthine.

Il n'y aurait pas d'herpétiques : il n'y aurait que des arthritiques gras et goutteux, les vrais, et des arthritiques maigres et scléreux ; on reconnaît dans ces derniers les herpétiques de Bazin. En deux mots, tout se réduirait à des intoxications : hétérogènes, par les scories infectieuses ; autogènes, par les produits — les laves — de sous-oxydation.

Après quarante-cinq ans, chez l'homme le plus souvent, il se forme dans l'épaisseur d'une lèvre — l'inférieure généralement — un petit bouton dur et noueux. Ce bouton, en se développant, perfore le tégument labial et produit une solution de continuité.

Cette solution de continuité revêt bientôt l'aspect d'une ulcération à bords sinueux et durs, taillés à pic, renversés en dehors, à fond sale grisâtre et couvert de sanie purulente, ou granuleux et bourgeonnant. Il y a de la douleur, des élancements, du saignement. Les ganglions de la région se tuméfient et s'indurent.

L'ulcération cancroïdale est constituée ; c'est la marque irrécusable de l'affection organique la plus redoutée : la diathèse cancéreuse.

L'énoncé des symptômes propres à chacune des manifestations diathésiques que je viens d'énumérer semblerait indiquer un diagnostic exempt de difficultés.

Comment confondre, en effet, le chancre induré avec l'herpès, l'impétigo avec la plaque muqueuse, l'herpès avec le cancer ?

Il faudrait vouloir commettre l'erreur, quand les lésions sont munies de tous leurs caractères objectifs. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les cas sont nombreux où les symptômes sont vagues, indécis, incomplets, difficiles à préciser. Certaines manifestations, sur la limite de deux diathèses, participent en apparence de l'une et de l'autre. Il n'est plus question de caractères pathognomiques, mais de nuances délicates qu'on ne peut analyser et saisir sans une attention soutenue et des examens reitérés.

On connaît l'histoire de ce médecin de Paris, qui appelait un jour Ricord en consultation pour lui montrer un cancroïde et le prier de l'opérer. Ce cancroïde était bel et bien un chancre induré, que le maître mieux que personne put diagnostiquer et guérir sans la moindre opération.

Une cause d'obscurité pour le diagnostic est la coexistence sur le même sujet de deux maladies constitutionnelles. Un herpétique peut devenir syphilitique : un scrofuleux a le droit de contracter un chancre infectant. On peut dire aussi que l'arthritisme n'exclut pas le cancer, puisque Bazin prétendait que le cancer était l'aboutissant de l'herpétisme et de l'arthritisme. Il est vrai qu'il poussait un peu loin l'amour de la systématisation : mais, s'il n'y a pas, en réalité, relation de cause à effet entre ces diathèses, on ne peut moins faire que d'admettre au moins leur coexistence,

Les causes sont donc assez multiples pour embrumer le diagnostic et le rendre incertain.

Le fait que je vais exposer pourra faire apprécier au lecteur quelques-unes des difficultés auxquelles il viendra peut-être un jour se heurter :

Mme Berthe S... est une femme de taille moyenne, mince, nerveuse. Agée d'une trentaine d'années, elle en paraît à peine vingt, tellement elle est vive, rieuse et légère : mariée à vingt ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Elle a toujours été bien réglée, tous les vingt-cinq jours.

Elle ne présente aucun antécédent morbide héréditaire important à signaler ; comme antécédent personnel, elle est sujette aux névralgies et à la migraine.

Le 15 février 1894, elle se refroidit et prend un rhume.

Le 19 février, elle sent un picotement dans la moitié gauche de la lèvre supérieure; le lendemain, la lèvre est tuméfiée.

Le 21 février et jours suivants, le gonflement augmente.

Je suis appelé le 24.

La moitié gauche de la lèvre supérieure est gonflée et présente sur la face muqueuse deux érosions recouvertes en partie par des croûtes grisâtres granuleuses. Peu de douleur, pas d'état général.

A une question sur la nature de la maladie, je réponds que c'est un herpès.

« Pardon, dit la malade. Ce n'est pas un herpès. J'ai vu plusieurs fois des herpès ; ce n'est pas ça du tout. Il y a un millier de petits boutons et pas de plaie. »

En prononçant ces mots, elle a les yeux baignés de larmes et paraît très affectée. Elle me fait toucher sa lèvre qui est dure, volumineuse et peu sensible à la pression. Lotions émollientes.

Le 27, je suis rappelé. La lèvre est plus grosse et toujours dure au toucher. Deux ganglions font saillie aux angles de la mâchoire inférieure. Ces ganglions sont indolores, mobiles, aphlegmasiques. Ils élargissent désagréablement le bas du visage.

Les érosions ont changé d'aspect, elles sont arrondies, superficielles et siègent, l'une par ses deux tiers internes sur le lobe médian de la lèvre supérieure, l'autre sur le milieu de la moitié gauche de cette même lèvre. Un soupçon me traverse l'esprit.

Le 28, les ulcérations ont un caractère plus défini. Elles sont d'un rouge vif, couleur de chair musculaire, semblables à deux minuscules vésicatoires dénudés. Elles sont de niveau avec le reste de la muqueuse, sans élévation ni dépression. Elles n'ont pas de liseré et ne présentent, à la loupe comme à l'œil nu, aucune dentelure ni irrégularité. Elles sont de dimensions inégales ; la médiane a 9 millimètres de diamètre, l'autre n'a que 8 millimètres. Elles sont mathématiquement circulaires.

Le 29, l'état est le même. Les plaies vives reposent sur une induration chondroïde, volumineuse, indolore. L'adénite sous-angulo-maxillaire double fait une saillie qui frappe au premier abord. C'est le symptôme qui impressionne le plus la malade.

Après un examen attentif minutieux, le soupçon de l'avant-veille me revient à l'esprit. Des ulcérations vives, régulières reposant sur une base indurée, chondroïde, avec adénopathie froide ; qu'est-ce que cela peut bien être, sinon deux chancres infectants ? On trouve là tous les caractères des chancres désignés sous le nom de *chancres plats érosifs*.

En présence de pareille manifestation ulcéreuse, d'apparence spécifique, je fus pris du désir intense d'en découvrir l'origine.

Comment s'étaient produites ces lésions curieuses ?

La jeune femme s'était-elle désaltérée aux bords d'un vase contaminé ? Avait-elle fait usage d'un couvert qui avait servi à un syphilitique ?

A ces deux questions la réponse est négative.

Mme S... n'avait, depuis au moins deux mois disait-elle, reçu personne à sa table ni pris de repas en ville.

Avait-elle embouché l'instrument d'un verrier ?... Je m'explique. La malade habite dans le voisinage de la grande verrerie de Montluçon. Elle va souvent la visiter et, comme à tous les visiteurs, il lui est arrivé plus d'une fois, autant par enfantillage que par curiosité, d'appliquer ses lèvres à l'instrument qui sert aux verriers pour souffler les bouteilles. C'est un tube métallique creux, que l'on dénomme *canne*, qui reçoit par une de ses extrémités la bouche de l'ouvrier et par l'autre sa charge des matières vitreuses en fusion pour en façonner les bouteilles.

C'est par la canne que les ouvriers s'inoculent le virus contagieux. On connaît la syphilis des verriers.

Mme S... affirme qu'elle n'a pas mis les pieds depuis longtemps dans la verrerie.

Avait-elle reçu un baiser empoisonné ?

Ou bien était-elle allée, *horrendum dictu*, tremper ses lèvres et cueillir le hideux virus à sa source impure ?

Mme S... a trente ans.

Mme S... avait-elle été victime de ses trente ans ? C'était possible. Tout est possible dans cet ordre de faits, d'autant qu'avec ses prunelles fauves, sa physionomie voluptueuse, un développement exagéré de la région occipitale, la jeune femme semble vouée aux sacrifices de Vénus.

Mais tout cela n'est qu'hypothèses ou faibles probabilités. Il fallait des preuves. Pour avoir des preuves, une enquête s'imposait. L'affaire était délicate.

Il fallait interviewer le mari ; c'était dangereux. Les questions à poser pouvaient éveiller sa méfiance. D'ailleurs, un chancre infectant de la lèvre chez une femme mariée peut-il se récolter dans le lit conjugal ? Je m'assurai cependant que le mari n'avait pas et n'avait jamais eu la syphilis.

Il fallait confesser la malade. Il y a des choses qu'on ne peut avouer, et depuis l'aggravation de son mal elle ne répondait plus aux questions que par un torrent de larmes.

On sait depuis et avant Parny que

L'art de pleurer est un talent
Que la femme la plus novice
Possède à fond et que souvent
Elle entretient par l'exercice.

Elle pleurait sans cesse. Voulait-elle se rendre intéressante ou était-elle tourmentée par la crainte ou le remords ?

« Enfin, madame, pourquoi vous lamentez-vous ?

— .....

— Pourquoi pleurez-vous ?

— J'ai peur...

— Peur de quoi ?

— Je crains d'avoir un chancre.

— Un chancre !!... un chancre ?

— Oui. Un chancre... Un cancer, enfin. »

Il était clair qu'elle ignorait le sens du mot chancre, qu'elle confondait avec le mot cancer.

Je posai quelques questions discrètes dans le voisinage pour me fixer sur les mœurs et habitudes de ma cliente.

J'appris qu'elle faisait fréquemment des absences de deux ou trois jours. On ne savait pas où elle allait. Elle disparaissait tout à coup sans rien dire à personne, puis elle reparaissait, reprenait son genre de vie et ne confiait à quiconque le but de ces éclipses passagères. Etait-ce pendant une de ces fugues qu'elle avait cueilli ces fleurs du mal dont la nature énigmatique était si intéressante ?

Je ne pus savoir autre chose. Cette enquête, comme toutes les autres, n'aboutit qu'à un résultat négatif. C'était à prévoir.

Le doute planait donc sur l'origine de ces ulcérations. Or le doute doit profiter à l'accusé, et la sagesse des nations dit que, dans le doute, il faut s'abstenir.

Dans l'espèce, l'abstention, l'expectative, pouvaient avoir un résultat désavantageux ; un traitement spécifique ne pouvait avoir aucun inconvénient.

Je prescrivis des pilules de proto-iodure d'hydrargyre et des applications de compresses imbibées de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le 3 mars, les caractères du chancre induré persistent. Les ulcérations ressemblent à deux pains à cacheter, rouges, de forme régulièrement arrondie. L'induration est considérable et volumineuse, la lèvre supérieure fait une saillie plus prononcée ; elle se relève en l'air, montrant, face à l'observateur, les plaies qui la recouvrent en partie. La liqueur de Van Swieten n'a pas été supportée, la douleur était intolérable après l'application du liquide. Continuation des pilules de proto-iodure. Lotions émollientes.

Le 5 mars, il y a du mieux; la lèvre est beaucoup moins saillante. L'induration en deux jours a changé de caractère. Elle est plutôt foliacée. La plaie médiane est lisse et noirâtre ; l'autre est recouverte de pseudo-membranes grisâtres ; les bords paraissent un peu affaissés.

Le 8 mars, il y a moins d'induration foliacée ; les plaies sont un peu plus larges ; la plaie interne a 10 millimètres, l'externe 9 milli-

mètres. Elles sont cependant moins apparentes en raison du dégonflement de la lèvre. Elles sont recouvertes de croûtes grisâtres. On enlève les croûtes avec des lotions émollientes ; elles apparaissent avec leur forme circulaire, une plaque blanche au milieu, une surface rouge lisse à la périphérie et une disposition légèrement bombée.

L'adénite est moins grosse à la vue et au toucher.

Le moral est meilleur, les idées sont moins tristes.

Calaplasmes de fécule de pomme de terre.

Le 11 mars, les plaies sont recouvertes de croûtes sanguines. La malade se plaint de la gorge. A gauche, on voit une surface blanche, linéaire, opaline. Il y a une adénite bilatérale à la bifurcation des carotides.

Les lèvres vont mieux ; l'induration foliacée diminue, les plaies sont un peu moins étendues, leurs bords froncés en quelques points : surfaces opalines sur la plaie médiane ; pseudo-membranes dans la moitié inférieure de la plaie latérale.

Le 13 mars, le moral est excellent. Les ulcérations sont moins étendues : 7 millimètres. Les bords en sont froncés, la surface pseudo-membraneuse. Deux plaques linéaires amygdaliennes.

Le 14, un peu de fièvre ; les règles ont paru ; il y a de l'énervement, des envies de pleurer, de la douleur pharyngienne. Gingivite ; cessation du proto-iodure. Il s'est fait à la lèvre une fissure antéro-postérieure au niveau de la plaie interne ; le mouvement des lèvres est douloureux.

Le 16 mars, il n'y a plus d'induration. Croûtes sanguines sur les plaies, qui sont rétrécies, irrégulières, opalines.

Pas d'adénite sous-occipitale ; pas de boutons dans la tête.

Adénite précarotidienne bilatérale.

Vertige pendant mon examen.

Le 20, les plaies sont minimes, croûteuses ; la fissure antéro-postérieure est très douloureuse. Vaseline salolée.

Le 25, tout va bien. Toniques, huile de foie de morue.

Le 26, *point blanc* à la lèvre supérieure en dedans des ulcérations disparues.

Le 27, le point s'étend et on sent à sa base une plaque indurée, de la consistance et de l'épaisseur d'une carte de visite.

Le 29, le point est devenu une ulcération orbiculaire, oblongue, qui s'étend transversalement, occupe le siège des ulcérations et présente 12 millimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur.

Le 31 mars, surface allongée, opaline, s'étranglant dans son milieu, indurée, douloureuse à la pression.

La lèvre est saillante, mais beaucoup moins que la première fois. Adénite indolente bilatérale, sous-angulo-maxillaire, plus marquée

à gauche ; la plaque ulcéreuse occupe surtout la moitié gauche de la lèvre.

Anorexie ; bouche pâteuse, amère. Purgatif.

La malade reprend d'elle-même ses pilules d'hydrargyre.

Dans la gorge, rien à droite ; à gauche, point blanc saillant, ressemblant plutôt à un calcul amygdalien qu'à une ulcération.

Les jours suivants, peu de changement. Cautérisation au nitrate d'argent des solutions de continuité à la lèvre et à la gorge.

Le 8 avril, à peine d'induration. Ulcération étranglée dans son milieu en huit de chiffre, opaline dans sa moitié antérieure, diphtéroïde dans sa moitié postérieure. A droite l'adénite a disparu ; à gauche, elle a diminué sensiblement.

Le 12, il ne reste plus qu'une fissure rouge, antéro-postérieure, au point d'étranglement de l'ulcération disparue.

Le 17 mai, dysphagie, rougeur de la gorge. *Point blanc* à la lèvre supérieure. Poudre sulfureuse. Toniques.

Le 23, plaie diphtéroïde à la lèvre, même siège : plaque blanche à l'amygdale droite. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 29, il reste encore à la lèvre et à la gorge quelques surfaces diphtéroïdes insignifiantes.

Le 2 juin, nouveau *point blanc* à la lèvre surérieure ; plaque dans la gorge.

Le 15 juin, ulcération labiale triangulaire, à base antérieure, à bordure pseudo-membraneuse, à centre gris proéminent, avec surface intermédiaire rose.

Gorge opaline par endroits.

Adénite sous-maxillaire à gauche, précarotidienne à droite.

Un peu d'anémie. Iodure de fer ; cautérisation.

Mme S... change de résidence et va habiter Paris. Les phénomènes morbides continuent pendant quelque temps. Elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle est atteinte de psittacose !

J'appris plus tard sa guérison complète vers la fin de l'été 1894.

Maintenant que la maladie est arrivée depuis longtemps à son terme, maintenant que ces ulcérations bizarres ont disparu sans laisser d'autre trace qu'un mauvais souvenir, il convient de jeter un regard en arrière, de faire une analyse sommaire des signes observés et d'établir, s'il est possible, un diagnostic raisonné.

Quatre symptômes principaux ont caractérisé cette affection labiale :

1° Une double ulcération, ayant duré une vingtaine de jours et parfaitement cicatrisée ; cinq jours après, point blanc sur la lèvre, au même siège, suivi d'une nouvelle ulcération oblongue transversalement, puis étranglée en huit de chiffre, d'une durée d'une quinzaine de jours.

Un mois après, nouveau point blanc, nouvelle ulcération.

Trois mois après le début, nouveau point blanc, nouvelle ulcération, triangulaire cette fois, d'une durée de quinze à vingt jours.

2° Une induration noueuse qui *paraît avant les ulcérations*, se transforme et devient foliacée après une dizaine de jours et *disparaît avant les ulcérations*. Les ulcérations successives sont accompagnées de nouvelles indurations en carte de visite, qui disparaissent avant elles.

3° Une adénopathie indolente, aphlegmasique, bilatérale, sous-angulo-maxillaire, qui disparaît avec l'induration.

4° Plaques opalines, étroites, presque fissuraires, sans exsudats plastiques sur les deux amygdales, ensemble ou successivement, compliquées d'adénopathie précarotidienne double, qui disparaît, revient, persiste plus ou moins selon les manifestations amygdaliennes.

Ces troubles morbides présentent, après le premier mois, un caractère de chronicité remarquable et se prolongent pendant un laps de temps qu'on peut évaluer de sept à huit mois. Puis, plus rien : ni manifestations cutanées, ni lésions osseuses, ni symptômes du côté des viscères, des yeux ou des organes génito-urinaires.

A quelle maladie avions-nous donc eu affaire ?

Il ne saurait un seul instant venir à l'esprit l'idée que cette affection érosive pût être une manifestation aphteuse ou hydroïque. Ces éruptions ont des signes différentiels trop prononcés : elles n'ont ni le même siège, ni les mêmes caractères objectifs, ni la même marche, ni la même terminaison.

Il serait puéril d'établir un rapprochement entre ces plaies d'un rouge vif, mathématiquement circulaires, sans liseré, situées à fleur de muqueuse, avec les ulcérations cancroïdales à bords raboteux, irréguliers, surélevés, à fond anfractueux et sanieux ou avec les chancres mousà cupule profonde et sans indurations.

Tout au plus pourrait-on songer à des scrofulides muqueuses ; mais les scrofulides vraies sont moins régulières, plus étendues de couleur spéciale et laissent des cicatrices.

Un seul diagnostic paraît plausible : c'était de la syphilis ou de l'herpétisme.

Les ulcérations géminées du début ressemblaient d'une façon frappante à ce qu'on a dénommé chancre plat érosif.

Etaient-ce des chancres infectants ?

Le caractère pathognomonique du chancre huntérien est l'induration spécifique.

Il y avait de l'induration. Etait-ce de l'induration spécifique ? Non.

L'induration spécifique apparaît après l'ulcération et ne disparaît qu'après elle.

Dans le cas actuel l'induration avait précédé les ulcérations et

disparu avant elles. L'induration n'était donc pas spécifique. Les ulcérations n'étaient pas des chancres infectants.

La deuxième ulcération, qu'on pouvait prendre pour un *chancre redux* ou une transformation *in situ* de chancre en plaque muqueuse, n'était donc pas non plus une manifestation constitutionnelle.

Les accidents de la gorge eux-mêmes avaient l'apparence d'accidents secondaires. Mais il est à remarquer que les plaques amygdaliennes avaient fait leur apparition une vingtaine de jours seulement après le début. Les accidents secondaires ne mettent jamais autant d'empressement à se manifester. Ces lésions, au surplus, étaient fissuraires, opalines, sans exsudats, et les amygdales n'étaient ni gonflées, ni recouvertes de produits plastiques, comme dans la syphilis.

Il n'y eut jamais ni roséole, ni céphalée, ni croûtes dans les cheveux, ni adénopathie cervicale ou autre.

Il n'y eut ni accidents génitaux ni accidents consécutifs.

Ce n'était donc pas de la syphilis. Aussi le traitement spécifique avait-il été suspendu avant la fin des ulcérations.

C'était donc de l'herpétisme. Mais dira-t-on, il n'y avait pas non plus les caractères de l'herpès, ni les vésicules miliaires confluentes, ni les croûtes grisâtres, ni les polycycles, ni les microcycles, et il y avait de l'induration et de l'adénopathie. La malade elle-même, qui s'y connaissait, — ou plutôt qui croyait s'y connaître, — affirmait que ce n'était pas de l'herpès.

Ces objections ont une certaine portée. Mais on voudra bien prendre en considération que l'éruption labiale est survenue au cours d'un rhume, comme le fait souvent l'herpès. Elle n'a été vue que le cinquième ou le sixième jour de son apparition. Il y avait à ce moment des débris épithéliaux grisâtres qui recouvraient les érosions et empiétaient sur la partie cutanée de la lèvre. Il n'y avait pas la collerette classique ; elle avait peut-être disparu.

Il y avait de l'adénite. Mais cela n'est pas pour surprendre. L'herpès à *symptômes associés* de M. le professeur Fournier est maintenant connu ; il y a des herpès à adénite.

Il y avait de l'induration ; mais certains herpès sont indurés. Ceux qui siègent au frein de la verge, au méat, dans la rainure balano-préputiale, présentent quelquefois de l'induration.

Cela n'a pas été constaté à la lèvre. C'est possible ; c'était une exception. Combien ne voit-on pas de faits cliniques qui dérogent aux règles admises ? Peut-on se flatter, en médecine, de connaître ou d'avoir observé tous les cas possibles ? *Ars longa, experientia fallax.*

Les lésions présentaient une certaine sensibilité ; elles avaient montré une intolérance remarquable pour les applications de sublimé. Les lotions émollientes seules avaient été bien supportées. Il n'en est pas ainsi d'ordinaire pour les chancres infectants.

On objectera aussi que la malade n'avait jamais eu d'herpès. Ce pouvait être une première manifestation ; n'a-t-on pas vu des faits de manifestation unique d'une diathèse ? On connaît les symptômes *olopathiques* des maladies constitutionnelles. Mme S... était sujette aux névralgies, à la migraine [1].

Peut-on expliquer ces deux singulières anomalies : l'induration et l'adénite ? La chose ne paraît pas impossible. Certains sujets ont le système conjonctif très sensible, facile à congestionner. Le moindre accident cutané s'entoure d'un œdème plus ou moins dur : ils font du *lymphangisme capillaire*. Chez les mêmes sujets un rien suffit pour irriter les ganglions, qui se gonflent et s'indurent : ils font de l'*adénisme*.

La constitution scrofuleuse n'est que du lymphatisme exagéré ; on sait avec quelle facilité le tissu cellulaire et les ganglions s'infiltrent et se boursouflent.

Est-il illogique d'admettre que chez Mme S... l'herpétisme était doublé de scrofule ? Ce serait alors un cas d'herpès à *diathèses associées*, faisant pendant à l'*herpès à symptômes associés*, du professeur Fournier. On pourrait dire, pour employer un vocable cher à Ricord, que c'était du *scrofulate d'herpétisme*.

Je prie du reste le lecteur de ne prendre cela que comme une appréciation personnelle, car il ne m'est pas plus possible de garantir ce diagnostic que de répondre de la vertu de ma cliente.

« Avouez donc, disais-je à la jeune femme revenue de ses premières frayeurs, avouez donc que vous avez appliqué vos lèvres sur un objet dont la propreté laissait à désirer. »

— Je ne suis pas à confesse, docteur, » répondit-elle.

Cette réponse n'est pas celle d'une vertu farouche.

Quoi qu'il en soit, le fait que je viens d'exposer n'en est pas moins un exemple saisissant des difficultés qu'on rencontre dans le diagnostic et le traitement des affections ulcéreuses des lèvres.

Et ce n'est pas le seul. M. le professeur Tillaux, dans son Traité clinique, rapporte un cas d'ulcération des deux lèvres, dont le diagnostic ne put être établi et les traitements furent suivis d'insuccès constants. Cette exulcération dura deux ans et guérit quand elle voulut guérir.

Il m'a été donné de voir, il y a quelques années, un fait plus remarquable encore.

Une femme de trente-cinq ans, célibataire, de tempérament lymphatique, de bonne santé habituelle, fut atteinte à l'âge de vingt-six

1. Le début des dernières ulcérations par des points blancs plaide en faveur de leur nature herpétique.

Les vésicules de l'herpès amygdalien ont, à une période de leur évolution, la forme de points blancs membraneux.

ans, d'une ulcération des deux lèvres. Cette ulcération, recouverte après quelque temps de concrétions croûteuses grisâtres, régnait sur tout le pourtour de l'orifice buccal et rendait les mouvements des lèvres très douloureux. Pendant neuf ans elle consulta un grand nombre de médecins. Chacun lui conseillait de provoquer la chute des croûtes et d'appliquer une pommade spéciale. Les croûtes tombaient ; la pommade était régulièrement et consciencieusement étalée sur les plaies, et le mal ne guérissait pas. Elle consulta des spécialistes, des dermatologistes. On lui conseilla des traitements variés et énergiques, on l'envoya aux bains de mer, à la Bourboule ; rien ne réussissait. Je la vis à son passage pour aller à la Bourboule, je la vis au retour, rien n'était changé. Un hasard ou tout au moins un remède ordonné pour autre chose amena la guérison, au dire de la malade.

Elle eut à se faire, sur prescription médicale, des frictions dans le cuir chevelu, avec une pommade sulfureuse. Ces frictions étaient renouvelées chaque jour. Une semaine n'était pas écoulée, les croûtes labiales s'amincissaient, disparaissaient. Le quinzième jour les ulcérations étaient cicatrisées. Le mal avait guéri comme par enchantement ; mais il n'avait pas moins duré neuf ans et n'avait capitulé que sous l'effort d'une médication qui était adressée à tout autre chose qu'à l'affection des lèvres.

Les ulcérations labiales ne sont pas fréquentes. Elles présentent assez souvent un caractère spécial. Elles sont recouvertes de concrétions plus ou moins épaisses, plus ou moins foncées en couleur, quelquefois stratifiées en écailles. Elles occupent un quart, une moitié d'une lèvre, la lèvre inférieure ordinairement. Les porteurs de ces lésions sont souvent de vieux syphilitiques. Ils ont d'abord suivi un traitement dépuratif. Le mal a disparu ; mais il est vite revenu ; nouveau traitement, nouveau succès. Nouvelle rechute ; le traitement est recommencé. Mais soit qu'il y ait intolérance du médicament, soit qu'il y ait lassitude du malade, soit que l'âge ait amené une résignation philosophique, toute médication est abandonnée et les patients portent pendant des mois, des années, les stigmates de leur maladie constitutionnelle.

Un beau jour un accident cérébral ou cardiaque éclate et ils sont emportés avec leurs vieilles croûtes.

Quel est l'homme de l'art, avancé dans la carrière, qui n'a pas vu des faits de ce genre ? La diathèse avait imprimé sa marque sur l'orifice buccal. Tout le temps qu'on l'avait combattue, tenue en échec, elle était restée inoffensive ; mais devant l'abdication du malade, elle était revenue à la charge, avait silencieusement désorganisé les tissus, puis frappé soudain sa victime au cœur ou au cerveau.

Je raconterai peut-être un jour l'histoire d'une sexagénaire, chez

laquelle une affection ulcéreuse des lèvres fit naître des idées de suicide, qui reçurent un commencement d'exécution. Le diagnostic fut facile : il y avait eu de la syphilis conjugale ; mais dans la suite, il survint des complications ; les lésions changèrent de nature. Le diagnostic parut entouré d'une grande obscurité.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner. La médecine est remplie d'attraits ; mais elle est aussi parfois pleine de mystères. Nouveau sphinx, elle pose chaque jour de nouvelles énigmes ou invente de nouveaux problèmes. Le devoir du praticien est de les étudier, de les fouiller et de les approfondir. Son plus vif, [son plus noble plaisir est de les déchiffrer et d'en trouver la solution.

(Gazette des Hôpitaux.)



FORMULAIRE

I. — CONTRE LA CARIE DENTAIRE. (J. REDIER, in *Revue de Stomatologie.*) *Poudre dentifrice alcaline.*

Poudre d'iris de Florence............	15 grammes.
Craie lavée........................	5 —
Magnésie anglaise..................	5 —
Pierre ponce porphyrisée............	5 —
Salol..............................	2 gr. 50 centig.
Teinture d'ambre musquée...........	0 — —
Essence de menthe..................	Quelques gouttes.

Elixir dentifrice neutre.

Essence de cannelle de Ceylan........	0 gr. 25 centigr.
— de girofle..................	0 — 25 —
— de menthe..................	1 — 50 —
Acide thymique......................	0 — 25 —
Saccharine..........................	0 — 25 —
Alcool à 90°........................	100 grammes.
Teinture de ratanhia................	2 gr. 50 centigr.

Pansement calmant.

Teinture de benjoin..................	4 grammes.
— d'extrait d'opium............	2 —
Chloroforme........................	2 —
Créosote pure......................	2 —

Pâte antiseptique.

Oxyde de zinc........................	4 grammes.

Arrosez avec :

Essence de cannelle de Ceylan........	1 —
— de girofle..................	1 —
— de menthe..................	2 —
Acide thymique......................	1 —
Alcool à 90°........................	10 —

Solution antiseptique.

Formol du commerce (à 40 0/0)........	10 grammes.
Alcool à 90°........................	30 —
Essence de géranium..................	1 —

Ne jamais employer les préparations au formol dans les cas où la pulpe existe, sous peine de provoquer de violentes douleurs.

II. — GARGARISME ANTISEPTIQUE. (ESCAT.)

Salol	1 gramme.
Alcool à 90° / Glycérine	ââ 50 —
Eau bouillie	400 —

III. — HYGIÈNE DE LA BOUCHE CHEZ LES ENFANTS

Après chaque tétée avoir soin de laver la bouche avec un linge très doux ou un peu d'ouate hydrophile imbibée d'eau de Vichy Célestins, ou d'une solution bicarbonatée sodique à 4 0/00.

Aromatiser l'eau avec quelques gouttes de la préparation suivante :

Salol	3 grammes.
Benzoate de soude	2 —
Essence de menthe	XXX gouttes.
Alcool à 90°	200 grammes.

(L'hygiène lactée.)

IV. — TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES PAR LES IRRIGATIONS CHAUDES DE RÉSORCINE. (M. COSTEY.)

Résorcine	5 grammes.
Eau distillée	1000 —
Naphtol *b*	0,30
Eau distillée	1000 —

V. — COLLUTOIRE A APPLIQUER DANS LA GINGIVITE DES FEMMES ENCEINTES :

Eau distillée	50 grammes.
Permanganate de potasse	0gr,15

(Appliquer sur les gencives avec un pinceau.)

(Indépend. méd.) (Vinay)



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

PATHOLOGIE DE LA DENT DE SAGESSE SUPÉRIEURE [1].

Par feu le Dr SCHMID, de Prague.

(Suite).

Périodontite.

La périodontite de la troisième molaire supérieure ne différerait pas de celle des autres dents si elle n'était pas influencée par deux facteurs importants, qui consistent dans la relation anatomique de l'alvéole au tubercule du maxillaire et à la cavité maxillaire supérieure. D'ordinaire les racines sont situées davantage dans la substance osseuse spongieuse de la tubérosité du maxillaire supérieur ; parfois cependant elles sont directement sous le plancher du sinus maxillaire.

Une ostéite raréfiante de l'alvéole amène souvent une perforation multiple de ce plancher. Pour la raison cependant que les racines de la dent de sagesse supérieure sont situées un peu plus loin du plancher de la cavité maxillaire supérieure, le sinus n'est pas souvent malade, même en cas d'ostéite raréfiante sur le plancher de l'alvéole.

On constate très souvent un grand élargissement aux orifices des canaux osseux du plancher de l'alvéole de la dent du haut, d'ordinaire petits et à peine visibles. Assez souvent on remarque de grandes raréfactions dans le tissu osseux.

Ces défauts sont particulièrement fréquents sur le plancher de l'alvéole des dents offrant une forte croissance granuleuse à l'apex de la racine. Si dans un cas de ce genre la cavité maxillaire supérieure est ouverte par une ostéite raréfiante, le sinus n'en est pas influencé.

Les simples perforations du sinus provenant de l'alvéole semblent n'exercer aucune influence sur le sinus lui-même ; mais il faut ajouter aux perforations l'infection du sinus.

A la suite d'une périodontite de la dent du haut il peut aussi se produire une perforation dans la tubérosité du maxillaire supérieur, qu'on peut aisément prendre pour une perforation du sinus avec un

1. Voir nos des 15 août 1898 et 15 juillet 1899.

examen superficiel ; une exploration avec la sonde évite cette confusion et au besoin l'injection d'un liquide coloré au moyen d'une seringue remplira le même but. Pour ces injections employer de l'hypermanganate de chaux en solutions un peu plus fortes que celles qui servent d'ordinaire aux gargarismes. Si le liquide ne s'écoule pas du nez, mais s'évacue dans la cavité buccale, nous sommes en présence d'une perforation de la tubérosité maxillaire.

La complication la plus rare, mais aussi la plus désagréable, est l'irruption du pus dans la fosse sphéno-maxillaire en cas de périodontite de la dent du haut. Comme dans ce cas l'inflammation se propage aux muscles qui y sont situés, ceux-ci sont affectés en même temps, ce qui entraîne leur inactivité.

Pour arriver à un diagnostic très exact dans ces diverses perforations, un examen avec la sonde est très recommandé. La sonde peut en effet être enfoncée très profondément dans le canal. C'est la direction dans laquelle on peut faire mouvoir la sonde qui indique si l'on est dans le sinus ou à un point situé plus loin. S'il y a périodontite purulente s'étendant au voisinage, le mal progresse rapidement avec des symptômes généraux graves et, s'il se développe de plus en plus, il vaut mieux renoncer au sondage, car il ne peut que léser le patient; il est préférable alors de rechercher le secours du chirurgien le plus rapidement possible.

Si l'inflammation s'étend de la portion alvéolaire de la dent de sagesse supérieure à la tubérosité du maxillaire et au delà, les muscles se trouvent intéressés dans le processus morbide. L'impossibilité d'ouvrir la bouche doit être considérée comme un symptôme caractéristique de cette condition. Si la dent qui cause le mal est enlevée peu après, cette inflammation disparaît bientôt. Ce n'est que dans les cas négligés et que dans ceux où l'inflammation phlegmoneuse se propage rapidement dans les tissus mous que l'articulation temporo-maxillaire est affectée elle-même. Le résultat de cette affection est l'ankylose de l'articulation, et ces états, ainsi que les nécroses des os qui forment l'articulation, sont du ressort de la grande chirurgie.

Arrivons à l'extraction de la troisième molaire supérieure. Cette extraction, d'après ce qui a été dit, est indiquée plus fréquemment que celle de toute autre dent, parce que le traitement conservateur, en raison de l'incertitude de ses résultats et de la difficulté de l'appliquer, doit être limité à quelques cas seulement. Nous agirons dans l'intérêt de nos patients si nous enlevons ces dents quand elles sont atteintes de pulpite totale, avec ou sans inflammation de la membrane radiculaire, avant la destruction totale des couronnes. Si on les laisse se carier jusqu'aux bords alvéolaires, leurs racines ne sont pas aussi aisées à extraire que certains auteurs le supposent, car les

soudures et les adhérences peuvent ménager certaines surprises. On ne peut pas reconnaître, en effet, l'adhérence de la dent du haut dans la portion radiculaire avec sa voisine.

Il en est autrement dans les cas de formations doubles, de formations jumelles, qu'on peut toujours reconnaître avant l'extraction. S'il existe une soudure ou une adhérence dans la portion radiculaire, on s'en aperçoit aisément en avulsant par le mouvement de la dent contiguë. Si la conservation de la dent voisine a une grande importance, on peut arrêter l'opération à temps, lorsque les circonstances sont favorables à d'autres égards. La plupart du temps l'opération sera allée si loin qu'en l'arrêtant on peut à peine espérer un résultat favorable à la conservation de la dent voisine. En pareil cas ce qui vaut le mieux, c'est d'achever l'opération, puis de séparer les dents logées dans l'intervalle et de replanter la deuxième molaire en prenant les précautions antiseptiques voulues.

Pour la luxation de la dent de sagesse je recommande l'élévateur de Brasseur parce que dans les cas de dislocation il n'exige qu'une légère pression en dehors et en bas.

La déviation en dedans est peut-être la plus désagréable pour l'extraction, car alors la dent tient fortement dans l'alvéole et ne peut être ébranlée qu'avec grande difficulté. Il faut conseiller dans ce cas une opération lente et réfléchie.

Tous les accidents désagréables qui accompagnent l'extraction des dents peuvent se produire aussi pour celle de la dent de sagesse supérieure.

Si celle-ci tient très fermement et que l'opération se fasse avec grand développement de force, la lésion peut s'étendre au delà de la tubérosité. Des lacérations vers la tubérosité peuvent aussi affecter les muscles du voisinage, c'est-à-dire ceux qui exécutent certains mouvements du maxillaire. En conséquence de la cicatrisation qui les suit, il peut y avoir une ankylose plus ou moins étendue de l'articulation. S'il se produit des lésions étendues de la muqueuse buccale seulement, c'est moins grave, car elles guérissent sans difficulté. Avoir grand soin cependant qu'il ne se produise pas d'adhérences avec les parties voisines de la muqueuse, parce qu'elles amènent de la constriction cicatricielle, qui nécessite une opération chirurgicale.

On ne peut dire exactement avec quelle fréquence il se produit des fractures de la tubérosité maxillaire.

Les fractures de la partie osseuse sont plus fréquentes ; on les reconnaît aisément à la déviation de l'os fracturé quand on les sent avec le doigt.

Comme l'effort de l'opérateur tend à luxer la dent de sagesse supérieure vers le haut, la déchirure se rencontre sur le côté palatal de la tubérosité maxillaire. Peu après la fracture, il se produit une

enflure considérable qui s'étend jusqu'aux tempes. Le deuxième ou le troisième jour on peut constater dans la région temporale des traces distinctes de sang extravasé dans les tissus mous, qui ne se résorbe qu'avec le temps.

L'extraction d'une troisième molaire supérieure cachée peut donner lieu à de très sérieuses difficultés, surtout quand elle est, en outre, normalement placée. La dent se brise alors aisément, laissant les racines dans l'alvéole. Si elles sont encore relativement saines, on peut sans grand inconvénient les abandonner à elles-mêmes ; mais des racines malades doivent, naturellement, être enlevées.

Dans la plupart des cas de ce genre, il est extrêmement difficile d'atteindre la racine avec l'élévateur. Le davier pour racines à mors étroits et en forme de baïonnette est alors plus facile à appliquer, car les mors minces peuvent s'enfoncer fort loin sous la gencive. Avec ce davier on peut encore saisir, avec impunité, des portions marginales de l'alvéole et les réséquer jusqu'à ce qu'on obtienne une prise solide de la racine.

Si, dans les tentatives d'extraction, on a fracturé la dent juste à travers le centre de la cavité pulpaire, il faut toujours essayer d'enlever la racine avec le davier pour racines ; en cas d'échec, on doit chercher d'une façon ou d'une autre à détruire la pulpe. Quelquefois on réussit, dans ces essais, à broyer la pulpe dénudée avec la pince à racines ; on évite alors au sujet d'autres procédés également douloureux et incertains dans leur résultat. Un accident de ce genre constitue toujours une complication désagréable et peu commune de l'extraction, et l'opérateur ne saurait mettre trop de soins à la prévenir, aussi bien dans son intérêt que dans celui de son patient.

Quand on est obligé de détruire la pulpe, il faut recourir à l'excavateur ou à la fraise mue à la machine, après anesthésie préalable avec la cocaïne. Malheureusement l'opération exige toujours quelque temps et est douloureuse en dépit de la cocaïne.

J'ai vu survenir, dans quelques cas, une hémorrhagie grave à la suite de l'extraction des dents de sagesse supérieures. Elle provenait du tissu spongieux de la tubérosité, mais elle ne tardait pas à s'arrêter après le tamponnement de l'alvéole avec de la gaze iodoformée.

En quelques occasions, des extractions difficiles de ces dents ont été suivies de douleurs, qui, augmentant peu à peu d'intensité, duraient quelques jours, puis cessaient brusquement. Dans chacun de ces cas, que j'ai eu l'occasion d'observer, il s'agissait d'une dent à racine malade et l'extraction avait lieu à la période d'augmentation du processus morbide. La douleur suit immédiatement l'extraction ou n'apparaît que vingt-quatre heures plus tard, dans la plaie produite par l'enlèvement de la dent.

On a vu aussi des cas où la douleur en question prend un caractère réellement névralgique. J'en ai observé un exemple après l'avulsion d'une seconde bicuspide supérieure.

Parmi les autres cas assez nombreux que j'ai rencontrés, aucun n'a présenté un caractère névralgique aussi prononcé que le précédent. En résumé, je crois que les trois causes invoquées ont chacune leur part d'influence, sans qu'on puisse en trouver une prédominante ou exclusive. D'après mon expérience, ce serait surtout l'infection de la plaie osseuse qui expliquerait le mieux cette douleur consécutive aux extractions, cette infection déterminant une ostéo-périostite et une ostéo-myélite de l'alvéole et de la paroi alvéolaire. Les choses se sont toujours ainsi passées après l'extraction des dents de sagesse supérieures. J'ai constaté chaque fois la présence dans l'alvéole d'une extravasation sanguine décolorée, putride et d'odeur repoussante. Les bords de la plaie étaient d'une couleur anormale, rouge foncé dans le voisinage, très sensibles à la pression et fortement tuméfiés.

J'ai pu d'ailleurs confirmer le diagnostic d'infection de la plaie par les résultats du traitement, car après l'emploi de moyens antiseptiques destinés à enlever le coagulum putréfié, la douleur disparaissait généralement dans les vingt-quatre heures.

J'ai toujours commencé ce traitement à l'aide de gaze phéniquée, parce que je n'emploie pas le sublimé corrosif dans la cavité buccale. Pour la désinfection, je recours invariablement à la teinture d'iode, introduite sur des tampons d'ouate dans l'intérieur de l'alvéole. Je renouvelle ces pansements une ou deux fois par jour. Comme collutoire, je prescris une solution d'acide borique à 3 pour cent. Si les douleurs sont d'une intensité considérable, je me borne à insinuer dans la plaie, au moyen d'un pinceau, quelques gouttes de teinture d'iode moins concentrée. S'il existe en même temps de la tuméfaction des parties molles, je me trouve très bien d'applications sur la joue d'une sorte de cataplasmes faits avec de la terre glaise et du vinaigre.

Lorsque la carie d'une dent de sagesse supérieure débute au collet ou sur la face buccale, elle progresse sans symptômes pour le sujet, tant qu'elle ne détermine pas d'irritation ou d'inflammation de la pulpe. Si la dent est fortement déviée en dehors, la carie en ce point est facilement méconnue, en dépit de l'examen même le plus minutieux.

Quand le malade souffre, le seul remède est alors l'extraction. Mais la carie s'est avancée assez loin pour qu'on ne puisse enfoncer le mors externe du davier suffisamment au-dessus de la partie cariée, pour l'empêcher de glisser pendant l'opération. Il en résulte que le mors de l'instrument pénètre dans le tissu ramolli, l'écrase

et atteint ainsi la pulpe enflammée ; d'où une souffrance atroce. Un nouvel essai entraîne la même conséquence. On réussit quelquefois à saisir le débris de l'organe de façon à terminer l'extraction. C'est qu'alors les premières tentatives avaient sans doute ébranlé la dent ou bien que celle-ci n'était pas très solidement implantée.

Si les essais ont amené la fracture complète de la couronne, il faut enlever ce qui reste avec le davier pour racines en forme de baïonnette.

Tous les autres accidents, tels que syncope, lésions plus ou moins étendues de la gencive, œdème et abcès, chute de la dent extraite dans les voies digestives ou aériennes et enfin névroses diverses, peuvent survenir dans l'extraction de toute autre dent et ne présenter, par conséquent, aucun caractère particulier à l'avulsion de la troisième molaire supérieure.

(Quarterly Circular.)

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Traitement de la carie dentaire, par le Dr J. Redier.

Dans ce travail écrit pour les praticiens, aussi bien que pour les débutants, le Dr Redier a voulu, dit-il, apporter à la masse commune le fruit de ses recherches et de son expérience.

Cet ouvrage est divisé en deux parties :

La première est consacrée à l'étude du traitement préventif et comprend l'hygiène des dents et l'hygiène de la bouche.

Dans la seconde, beaucoup plus importante, l'auteur s'occupe du traitement curatif ; il commence par décrire les opérations qui doivent précéder le traitement proprement dit et étudie ensuite la thérapeutique de la carie à ses divers degrés. Il adopte la classification suivante :

Carie simple de l'émail seul.

Carie simple de l'émail et de l'ivoire.

Carie pénétrante avec intégrité de la pulpe, traitement conservateur, traitement radical.

Carie pénétrante avec pulpe dégénérée et infectée.

Carie pénétrante avec destruction de la pulpe.

Il entre ensuite dans quelques considérations sur la limite de la curabilité de la carie dentaire et sur la carie dentaire envisagée spécialement dans la première dentition, puis termine par l'énumération de quelques formules de dentifrices et de pansements.

On ne trouve dans ce travail rien qui ne soit connu de tout dentiste ayant quelque expérience ; cependant, il est exposé avec méthode et les débutants pourront le lire avec profit.

E. M.

Dental Microscopy (Microscopie dentaire), 2e édition, par ARTHUR HOPEWEL SMITH, L. R.C. P. (Londres), M. R. C. S. (Angleterre), L. D. S. (Angleterre), démonstrateur d'histologie dentaire au National Dental Hospital de Londres.

La microscopie en général a toujours eu le don d'attirer l'atten-

tion de nos confrères anglais, qui furent, avec les Américains, les premiers à voir tout le parti qu'on pouvait tirer du microscope associé à la photographie pour l'étude des tissus dentaires. Depuis une dizaine d'années il paraissait de temps en temps, dans certains journaux professionnels anglais, entre autres le *Journal de l'Association dentaire britannique*, de courtes notes indiquant tel ou tel procédé employé pour la préparation des dents en vue de l'examen microscopique.

Ces notices réparties de droite et de gauche ne présentaient malheureusement pas d'ensemble ; aussi fût-ce un vrai soupir de soulagement lorsqu'en 1895 parut le livre intitulé *Dental Microscopy*, dû à la plume si autorisée du Dr Hopewel Smith.

C'était le premier ouvrage réunissant sous une forme claire et précise tous les renseignements ayant trait à la préparation des dents formées ou en voie de formation, à leur coloration, à l'examen microscopique. Grâce aux données contenues dans cet ouvrage, l'étudiant soucieux de s'instruire pouvait se rendre compte *de visu* des caractères anatomiques que peuvent présenter les dents. Le praticien lui-même pouvait résoudre certaines questions jusqu'ici incompréhensibles. Aussi ce livre eut-il un énorme succès, et ce qui le prouve mieux que toute autre chose c'est que, quoique cet ouvrage ne soit dédié qu'à une certaine partie de la profession médicale, l'auteur et les éditeurs se sont vus dans l'obligation de faire une seconde édition, largement augmentée, non seulement au point de vue du texte, mais encore au point de vue des gravures.

Le Dr Hopewel Smith n'emploie pas de grandes phrases, quelquefois à style ambigu, pour définir telle ou telle préparation ; toute définition est courte, mais précise et lumineuse de clarté.

Nous ne pouvons que féliciter l'auteur pour le soin qu'il a apporté à la rédaction de la deuxième édition de la *Microscopie dentaire* et adresser tous nos compliments à la Dental Manufacturing Company, ainsi qu'à la maison S. S. White pour le cachet tout particulier que ces maisons ont donné à cette deuxième édition, que tous les dentistes avides de travail voudront posséder dans leur bibliothèque.

J. CHOQUET.



Documents Professionnels

Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

PROTESTATION DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES ET MÉDECINS-DENTISTES DE MOSCOU

Le Comité d'organisation du XIII[e] Congrès médical international a décidé de n'admettre comme membres du Congrès que les docteurs en médecine qui se sont consacrés à l'odontologie, fermant ainsi la porte aux dentistes et aux médecins-dentistes.

Le corps des dentistes et médecins-dentistes non seulement ne peut accepter une pareille décision, complètement injustifiable et sans précédent dans le monde savant par sa tendance étroite, mais il se fait au contraire un devoir d'en exprimer ses vifs regrets et de protester hautement contre elle.

Toutefois, tenant compte du fait accompli et sans entrer dans l'examen détaillé des causes sur lesquelles est basée cette décision du Comité, la Société des dentistes et médecins-dentistes de Moscou ne peut s'empêcher de formuler les considérations suivantes :

1) Jusqu'à présent aucun Congrès International, y compris le dernier qui eut lieu à Moscou, n'a imposé de restrictions quelconques aux personnes possédant le grade de docteur, à quelque branche de la médecine qu'elles appartinssent. C'est un fait indéniable.

2) Partant de ce fait, il faut avouer que les Congrès antérieurs poursuivaient évidemment un seul but, qui est fondamental pour tous les Congrès, celui de donner une vaste étendue à l'échange des opinions des diverses spécialités et, ce qui est encore plus évident, c'est que jusqu'à présent la participation aux Congrès du corps des dentistes et médecins-dentistes n'amenait aucune discordance et ne causait aucun préjudice aux problèmes du Congrès.

3) Suivant les principes de la justice on doit reconnaître qu'il n'y avait et qu'il n'y a aucune raison pour exclure les dentistes spécialistes des autres spécialistes.

4) Les Congrès médicaux se réunissent sous l'égide de la science et poursuivent l'intérêt supérieur de l'homme, la protection de la santé et la délivrance de toutes infirmités dans le sens le plus étendu du mot. Les représentants de toutes les spécialités médicales pour-

suivent également ce but, et l'odontologie aussi bien que les autres. Le diplôme de dentiste et de médecin-dentiste, donnant le droit de l'exercer en toute indépendance, ouvre indubitablement à celui qui en est pourvu les portes du temple de la science.

5) Le temple de la science est ouvert à tous ceux qui cherchent et désirent la lumière et les connaissances. L'un dépose à l'autel de ce temple une miette destinée à l'intérêt commun, un autre puise à cette source l'impulsion pour enrichir ses connaissances pour le bien du genre humain et tout le monde aspire à un but : connaître beaucoup, afin de pouvoir réaliser beaucoup sur le terrain de l'humanité. Interdire l'entrée dans ce temple, c'est introduire le principe de la division injuste « *d'appelés* » et « *d'élus* ». Un homme, qui n'est point spécialiste dans un certaine branche, peut néanmoins être d'une grande utilité si l'accès au temple de la science ne lui est pas défendu. Un exemple éclatant nous est fourni par le grand Pasteur, qui n'était point médecin et qui cependant a su ériger par ses travaux géniaux l'édifice grandiose de la médecine contemporaine et faire entrer dans cet édifice tout ce dont le monde civilisé est fier.

6) La décision du Comité d'organisation dérogeant aux traditions des Congrès serait indigne de la mémoire du grand Français et ne s'accorde point avec les idées élevées du peuple français, qui marche à la tête des nations.

7) C'est comme une suite naturelle du « véto » incompréhensible, prononcé par le Comité à l'égard des dentistes et médecins-dentistes, qu'apparaît la décision d'odontologues français d'organiser un Congrès spécial, sous la dénomination de *Congrès dentaire international de* 1900. Comme unique solution de la situation créée par ce « véto », cette décision, louable en elle-même, ne mérite cependant pas une approbation sans réserve, à cause du préjudice résultant de l'isolement amené par l'esprit de caste. Un pareil isolement, purement artificiel, des représentants de la même spécialité n'est point désirable, et préjudicie à la science comme à ses adeptes.

Se basant sur toutes ces considérations, la Société des dentistes et médecins-dentistes de Moscou, qui s'occupent du traitement des dents, a décidé dans sa séance du 7 septembre 1899 :

a) De porter ce qui précède à la connaissance du Comité d'organisation du XIII° Congrès médical international, et du Congrès dentaire international de 1900.

b) De prier le Comité d'organisation du XIII° Congrès médical international de rapporter la décision restricrive précitée, s'il le juge possible.

En portant cette délibération à la connaissance du Comité, l'administration de la Société le prie de l'informer de sa résolution.



CORRESPONDANCE

On nous communique le document suivant, déjà reproduit d'ailleurs dans « Les Archives Nationales de Stomatologie ». Nous le publions par raison d'impartialité et pour clore l'incident.

A MM. E. Bonnard et Ed. Papot, professeurs à l'École dentaire de Paris.

Messieurs,

Je compte sur votre loyauté pour insérer dans votre plus prochain numéro de *L'Odontologie* la lettre suivante que j'adresse à mon excellent ami, le Dr Georges Rolland, en réponse à celle que M. Vasseur vous a communiquée le 15 septembre dernier :

Mon cher ami,

Il faut véritablement que M. Vasseur ait reçu en tombant de bicyclette une sérieuse commotion cérébrale pour en arriver, dans une lettre dont le besoin ne se faisait nullement sentir et qui constitue à mon sens un comble de plus : celui de l'incorrection, à apprécier la conduite de ses témoins, la vôtre et celle de vos amis.

Que voulait en somme M. Vasseur ?

Une rencontre.

A quoi ?

La question était à élucider.

Eh bien, elle l'a été : d'abord par nous, ensuite par l'arbitre, notre distingué confrère de l'*Intransigeant*, M. Daniel Cloutier.

Quel était donc celui qui avait à imposer ses conditions, si ce n'est nous ?

Et, c'est parce que, maître de la peau de votre adversaire et pour ne pas que l'affaire tombât en quenouille, nous exigeons que la rencontre aura lieu à l'épée de combat, — cette arme si française — qu'à la rigueur nous accepterons le pistolet, à la condition cependant que, s'il n'y a pas de résultat, la conversation reprendra avec des aiguilles à tricoter, qu'aucune autre réparation ne saurait nous convenir, que votre adversaire — a beau être brave qui est loin — mal en selle, cherche, dans une lettre écrite avec *l'élixir de longue vie* à dénaturer la vérité.....

Vous voilà maintenant bien à l'aise pour faire craquer aux entournures la redingote impeccable dans laquelle il voudrait quand même se draper.

Avec une légère variante, comme le disait Charles Dupuy, la polémique continue.

Croyez à notre dévouement et très affectueusement votre

Charles Bernard.
Député de Bordeaux.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud**, 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité*, PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.
Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS ; 44, place de la République, LYON ; 14, rue de Stassart, BRUXELLES. 4, rue du Grütli, GENÈVE.
Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**
Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214.47.** 45, r. de la République, Lyon. 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. — A. Mellottée, successeur, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*École Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese**, 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie**, 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône**, LYON.
Ciment. **Telschow**, chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. **Dr Bengué**, 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / ***Tube anesthésique.*** — } **B. Bourdallé**, 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, Chlorure d'éthyle pur. / **Société chimique des Usines du Rhône.** { 8, quai de Retz, LYON. 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



Souscription P. Dubois.

La commission chargée de recueillir les fonds de la souscription ouverte en faveur de la veuve et des enfants de notre regretté P. Dubois vient d'effectuer à la Cie d'Assurances *La Nationale* (vie) un versement de 1423 fr. 45, montant de la 4e annuité de cette souscription. La rente annuelle de Madame Dubois se trouve de ce fait augmentée de 83 fr. 50.

G. V.

Nomination d'un chef des travaux pratiques du laboratoire de prothèse.

Après un brillant concours M. Cecconi vient d'être nommé par le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris, chef des travaux pratiques du laboratoire de prothèse.

DERNIÈRE HEURE

W. G. A. BONWILL

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre éminent confrère le professeur W. G. A. Bonwill, décédé le dimanche, 24 septembre, à l'hôpital Saint-Joseph, à Philadelphie, où il venait de subir une opération.

Nous n'oublions pas les grands services que le Dr Bonwill a rendus à notre profession dans le monde entier et la sympathie constante dont il a secondé nos efforts, nos réunions, nos congrès. Cette attitude lui avait valu de nombreux amis parmi les dentistes français. Aussi nous proposons-nous de rappeler, dans un prochain numéro, par quelques notes biographiques, son important rôle professionnel, essayant de rendre ainsi un dernier hommage au savant et habile praticien qui vient de disparaître.

G. G.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 **DANS VILLE DE 35,000 AMES,** *station hivernale* (à cette époque, population augmentée d'un 1/3), à vendre **Cabinet dentaire** en pleine prospérité. Résultats obtenus : première année 20,000, deuxième année 26,000, actuellement 30,000 francs.

Prix 40,000 fr. dont 25,000 fr. comptant ou 35,000 fr. sans mobilier ni accessoires.
2 Installation récente et de premier ordre. **Tour** électrique, etc. etc. Pour renseignements, s'adresser Maison G. Ott et Cie, 58 *bis*, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris. (144-145-12)

CABINET DENTAIRE situé dans le 1er arrondissement à céder (pour raison
3 de famille), muni de tout le confort moderne et possédant une belle clientèle. S'adresser sous pli cacheté initiales H. Z., Maison G. H. Cornelsen, fournisseur pour dentistes, 16, rue Saint-Marc, Paris. (152-10)

Raison de santé, **A CÉDER BON CABINET,** fondé depuis 19 ans, seul dans une
4 *ville de l'Est*, très peu de frais, bonne clientèle, susceptible d'augmentation. Produit 12 à 13.000 francs. On demande 20.000 francs, dont moitie comptant. Ecrire à L. S. D. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-6)

A CEDER tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées, seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix
5 demandé, y compris l'installation très confortable : 8 000 fr., dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-6)

A CÉDER, à Arcachon, ville d'hiver et ville d'été, au milieu des pins et au bord de la mer, cabinet dentaire faisant 7 à 8000 francs. Conviendrait à dentiste
6 ayant la poitrine faible et ayant besoin de repos, car le travail est facile. Prix 5000 francs comptant, installation comprise. S'adresser à Mme Duvignau, à l'Ecole Dentaire, ou à M. Dubourg, chir.-dent., à Arcachon. (168-3)

MÉCANICIEN OPÉRATEUR, *allemand*, âgé de 25 ans, connaissant bien toutes
7 les branches de la profession, désire pour *octobre* ou *novembre* une place en *France*, de préférence à *Paris*. Ecrire à M. Speck, Berlin *N.*, Weissenbürgerstrasse, 70. (169-3)

A *céder*, *APRÈS FORTUNE*, très bon cabinet dentaire dans ville importante de
8 *l'Ouest*. — Recettes 30.000 fr. — Peu de frais. — Facilités. — *Très pressé.* S'adresser à A. Gallet, 92, boulevard du Port-Royal, Paris. (170-2)

CHAMBRES AVEC PENSION, dans famille distinguée, *conviendraient à*
9 *Elèves de l'Ecole Dentaire*, 53, faubourg Montmartre, Paris. (180-2)

Un **DIPLOMÉ** de l'*École dentaire de Paris* et de la *Faculté de médecine* demande
10 place **OPÉRATEUR,** Paris ou Province. S'adresser M. G., 42, faubourg Montmartre, Paris. (181-1)

---

11 *JEUNE DIPLOMÉ* de l'École dentaire de Paris désire une place d'opérateur à Paris. Ecrire A. B. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (182-1)

CHIRURGIEN-DENTISTE de la *Faculté de Médecine de Paris*, **DIPLOMÉ ET CHEF DE CLINIQUE** d'une *Ecole dentaire de Paris*, s'offre comme associé ou
12 pour diriger un cabinet à Paris. Ecrire aux initiales M. O. Monde dentaire, 9, rue de Londres, Paris. (183-1)

---

13 Un dentiste de Paris offre de prendre en **PENSION** un élève de *l'Ecole dentaire de Paris*. S'adresser à M. L. Levadour, 18, rue Papillon. (184-1)

M. PERRIER-NÉDEY, chirurgien-dentiste patenté, a l'honneur de prévenir MM. les docteurs et chirurgiens-dentistes établis en France, Algérie et Tunisie, qu'il se tient à leur disposition pour l'intérim de leur cabinet pendant leurs
14 absences, maladies, etc., comme operateur et mécanicien. Pour tous renseignements et conditions lui écrire à Marseille, boulevard Dugommier, 4. — Sur demande sa photographie sera envoyée. (185-1)

AVIS

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

AVIS

La Direction de l'**École Dentaire de Paris** et l'Administration de **L'Odontologie** prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser leur publication:

1° Un exemplaire à *L'Odontologie*, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris;

2° Un exemplaire à la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Nota. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

BULLETIN

DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

DE L'ECOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 9 mai 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Bioux, d'Argent, Lemerle, Loup, de Marion, Meng, Martinier, Papot, Richard-Chauvin, Sauvez.

M. Sauvez lit le procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

M. Godon donne lecture d'une lettre du Ministère de l'agriculture annonçant l'ordonnancement de la subvention de 30.000 francs.

M. d'Argent ajoute qu'il a reçu avis de se présenter à la Caisse des dépôts et consignations pour toucher cette somme.

M. Godon donne lecture de demandes d'admission dans la Société présentées par MM. Collard et Château (Renvoyées au Conseil de famille).

Il signale une ordonnance belge relative à l'exercice de l'art dentaire.

M. Sauvez fait connaître que le secrétariat général a écrit 36 lettres depuis la dernière séance.

Il communique une lettre qu'il a adressée au professeur Berger relativement à l'exposition rétrospective de l'art dentaire.

Il annonce qu'à l'occasion de la réception des appareils envoyés par M. Telschow il a écrit à la Direction des douanes pour lui faire connaître que l'Ecole est à la disposition des petits employés pour leur donner des soins.

M. Martinier fait son rapport mensuel. Il annonce que l'administration a été saisie de deux pétitions des élèves, dont l'une relative à la divulgation des notes. Le bureau et la Commission scolaire voient des inconvénients à cette divulgation ; mais les professeurs ont été priés de donner dorénavant leurs notes immédiatement après les épreuves.

Conformément à la décision du Conseil, M. Cecconi a été chargé de remplacer M. Löwenthal comme chef des travaux pratiques de prothèse jusqu'après le concours ouvert à cet effet.

M. Choquet a été chargé du cours d'anatomie dentaire jusqu'à l'issue du concours également. Il demande à faire le soir, de 9 heures à 11 heures, deux séances de démonstrations (l'autorisation est accordée).

Les deux concours annoncés ont été ajournés par le bureau respectivement aux 4 et 18 juin ; l'un d'eux sera ouvert pour deux professeurs suppléants de clinique de prothèse au lieu d'un. (Ces décisions sont confirmées).

M. Lemerle fait connaître que la Commission des archives et de la bibliothèque s'est réunie et que M. Bonnard lui a demandé un délai de 6 semaines pour son catalogue pour cause de maladie.

Il annonce que la Commission d'enseignement a admis deux opérations pratiques, au lieu d'une, dans les concours à venir de chefs de clinique. — Adopté.

Il soumet un projet de règlement relatif à deux aides de clinique appointés.

Après observations de *MM. Godon*, *Martinier* et *Lemerle*, ce projet est adopté en principe et le bureau est chargé de rechercher des candidats pour ces postes.

M. Martinier communique la proposition de M. Bonnard relative à l'admission des malades et relate la discussion à laquelle elle a donné lieu à la Commission d'enseignement, en présence de son auteur, qui avait été convoqué.

Il est décidé qu'on s'adressera à titre d'essai pendant trois mois aux médecins des bureaux de bienfaisance, de façon à essayer d'augmenter le nombre des malades de la clinique.

A la suite d'une discussion entre *MM. Godon, Richard-Chauvin, de Marion, Lemerle* et *Papot* et sur la proposition de ce dernier, M. Martinier est chargé de préparer et de présenter au bureau un rapport écrit sur la question, rapport qui sera ensuite soumis au Conseil.

M. Lemerle communique une demande de congé formulée par M. X., qui est repoussée ; l'auteur devra reprendre son service.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Dr E. SAUVEZ.

Séance du 13 juin 1899.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Billet, d'Argent, Lemerle, Loup, Martinier, de Marion, Meng, Papot, Richard-Chauvin, Sauvez, Stévenin, Wéber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon fait part du décès de Me Roger, professeur de droit médical ; une lettre de condoléances a été écrite à sa veuve, des couronnes ont été envoyées sur sa tombe et plusieurs membres du Conseil ont assisté à ses obsèques.

Il signale diverses lettres de candidatures à la chaire de M. Roger : 1° de M. Worms ; 2° de M. Lambert ; 3° de M. Lombard ; 4° de M. Lévy Alvarès.

Sur la proposition de *M. Lemerle* et après observations de *MM. Richard-Chauvin, Stévenin et Sauvez*, ces demandes sont renvoyées à la Commission d'enseignement, réunie au Bureau, qui soumettra au Conseil une liste de présentations.

A la suite d'une discussion entre *MM. Papot, Godon, Loup, Sauvez, Richard-Chauvin* et *Lemerle*, l'épreuve de droit médical est supprimée pour les examens de juillet et la Commission scolaire est chargée de mettre le nombre des points en accord avec cette suppression.

M. Godon donne lecture de lettres de MM. Gullikers et Aron relatives à la cession d'une créance à l'Ecole. Des remercîments seront adressés à M. Gullikers, dont il est impossible d'accepter l'offre.

Il lit ensuite une lettre de M. Sébileau, relative au cours de clinique chirurgicale et une lettre de M. d'Argent relative à la cotisation de M. X... Il est décidé que les membres non dentistes du corps enseignant pourront être nommés membres honoraires après un certain temps.

M. Godon annonce que la Société d'odontologie de Lyon a tenu sa première séance.

M. Sauvez fait connaître que le Secrétariat général a écrit 43 lettres depuis la dernière séance.

M. Lemerle donne lecture d'une lettre qu'il a reçue du Congrès odontologique de Barcelone comme président de la Société d'odontologie.

Des remercîments sont votés au Comité d'organisation et le Bureau est chargé de choisir un délégué à ce congrès.

M. Godon fait part des remercîments adressés par Mme Roger pour les témoignages de sympathie qui lui ont été donnés à l'occasion de la mort de son mari.

M. Martinier annonce qu'il a reçu de M. Loup une lettre relative aux irrégularités des membres du corps enseignant. Cette lettre est prise en considération et renvoyée à la Commission d'enseignement.

M. Godon signale une lettre de M. Wéber touchant des démonstrations à faire par les démonstrateurs pendant les vacances. (Renvoyé à la Commission d'enseignement), ainsi qu'une lettre de remercîments de l'Administration des douanes au sujet de l'offre de soigner gratuitement ses agents subalternes.

M. Martinier donne lecture de son rapport sur la proposition de M. Bonnard concernant l'admission des malades.

Après une discussion entre *MM. Godon, de Marion, Lemerle, Stévenin, Meng, d'Argent, Richard-Chauvin, Martinier et Sauvez*, ce dernier dépose et lit un ordre du jour.

Le rapport et l'ordre du jour sont adoptés en principe ; ils seront modifiés, soumis au Bureau et mis de nouveau aux voix en juillet avec des conclusions, à la séance du Conseil.

Sur la proposition de *M. Stévenin*, au nom du Conseil de famille, MM. Château et Collard sont admis dans la Société et M. Z... n'est pas admis.

M. Stévenin fait connaître que M. X... donne sa démission. Le Secrétariat général est chargé de lui écrire pour le faire revenir sur sa décision.

M. d'Argent annonce la démission de M. S... (La même démarche sera faite auprès de lui).

Sur la proposition de *M. Papot*, au nom de la Commission scolaire, le nombre des travaux trimestriels de prothèse pour le carnet de clinique est abaissé de 8 à 4, et la dite Commission est autorisée à écrire aux professeurs pour leur recommander de n'interroger que sur les matières du programme de l'année.

M. Papot lit une lettre de l'élève X... demandant le report de ses droits de scolarité ; il présente ensuite un projet de traité avec *L'Odontologie*, qui est renvoyé au Bureau.

M. Lemerle donne lecture de la démission de M. Schuller comme démonstrateur (Acceptée), puis d'un projet de règlement d'aides de clinique (Adopté).

Sur sa demande, M. Charpentier est nommé conservateur adjoint du musée, et l'étude d'un nouveau mode de répartition des élèves pour les examens est renvoyée à la Commission scolaire.

M. Lemerle lit un projet de circulaire aux dentistes pour l'Exposition de 1900.

Un crédit provisoire de 300 fr. est voté pour l'Exposition.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général
Dr SAUVEZ.

Séance du 25 juillet 1899

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Billet, Bioux, d'Argent, Lemerle, Martinier, Meng, Papot, Richard-Chauvin, Roy, Sauvez, Stévenin, Touvet-Fanton, Wéber.

M. Sauvez donne lecture du procès-verbal, qui est adopté.

M. Godon fait part du décès de Mme Maire et communique une lettre de son fils, M. le Dr Maire, remerciant l'Ecole des témoignages de sympathie qui lui ont été donnés à cette occasion.

Il annonce ensuite le mariage de M. le Dr Marie, sa nomination à l'Institut bactériologique de Constantinople et sa démission de membre du corps enseignant à l'Ecole.

Des félicitations sont votées à M. le Dr Marie pour son mariage et sa nomination, des regrets sont exprimés de le voir quitter l'Ecole, sa démission est acceptée et il est nommé membre honoraire de la Société.

La chaire de ce professeur est déclarée vacante et, après un échange d'observations entre MM. *Godon*, *Stévenin*, *Sauvez*, *Richard-Chauvin* et *Lemerle*, le Bureau est chargé de proposer à M. de Gennes de faire le cours de pathologie interne comme professeur adjoint M. le Dr Launois restant professeur titulaire du cours.

M. Martinier dépose, pour les archives, le procès-verbal de la réunion commune des délégués des écoles, associations et syndicats, tenue le 5 septembre 1898.

M. Godon annonce une subvention de 200 francs accordée à l'école par le Conseil municipal.

Un congé d'un mois est accordé à M. de Marion, sur sa demande.

M. Godon communique une lettre de M. Spaulding, faisant connaître sa nomination de délégué en France de l'Association nationale des Facultés dentaires américaines (M. Godon lui a adressé des félicitations pour cette nomination), puis une lettre de plusieurs membres du conseil réclamant, en le motivant, le changement de l'architecte de l'école.

Après observations de *MM. Lemerle*, *Godon* et de plusieurs autres membres, la proposition est adoptée et, la Commission du local est chargée de proposer, à la réunion d'août, les conditions de nomination d'un nouvel architecte.

Sur la demande de *M. Lemerle*, la Commission scolaire est autorisée à délivrer aux élèves un certificat provisoire d'admission dans les cinq jours qui suivront leur examen.

M. Godon annonce le décès de Mme Cunningham mère. Il a fait connaître à M. Cunningham la part que la Société prend à cette perte.

M. Martinier signale la plainte portée contre l'élève qui a prélevé des honoraires pour la confection d'un appareil et propose un mois d'exclusion contre lui. — Adopté, après observations de *MM. Wéber*, *Lemerle* et *Roy*.

M. Martinier donne ensuite lecture d'un rapport sur un incident survenu entre un professeur et un élève.

MM. Godon, *Sauvez*, *Roy* et *Martinier* présentent diverses observations.

M. Roy dépose l'ordre du jour suivant: Le Conseil, après un rapport de M. Martinier et la discussion qui l'a suivi, suspend M. X de ses fonctions et prendra à son égard une mesure définitive lorsque la Commission du corps enseignant aura statué sur son cas.

Sur la proposition de *M. Godon*, il est décidé que la brochure blanche sera réimprimée et soumise en épreuves à une prochaine séance du Conseil.

M. Martinier donne lecture d'une lettre adressée à M[lle] Frey par une malade qui fait à l'Ecole un don de 20 francs pour les soins qu'elle y a reçus.

M. Sauvez fait connaître que le Secrétariat général a écrit soixante-dix lettres depuis la dernière réunion et signale diverses demandes dont il a été saisi par MM. Collard, Elcus, Charpentier et Nahum.

M. Lemerle communique deux lettres de MM. le D[r] Monnet et Tireau, qui demandent respectivement à être nommés professeur titulaire et démonstrateur. — Renvoyé à la Commission d'enseignement.

Sur la proposition de *M. Godon*, il est décidé de publier le rapport de M. Martinier sur l'admission des malades, l'ordre du jour de M. Sauvez qui l'a suivi et les mesures que l'Administration projette de prendre, mesures qui ne seront prises qu'à la rentrée.

M. Bioux donne lecture d'un rapport du jury de concours pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie et de physiologie dentaires, et concluant à la nomination de M. Choquet à ce poste.— Adopté.

M. Papot donne lecture d'un rapport analogue pour la nomination de deux professeurs suppléants de clinique et de prothèse, concluant à la nomination de MM. de Marion et Billet à ces postes. — Adopté.

Des félicitations sont adressées aux nouveaux titulaires.

M. Wéber donne lecture du rapport sur les examens de fin d'année, qui est approuvé.

M. Papot dépose un ordre du jour ainsi conçu : Le Conseil de direction n'admet les élèves reçus aux examens de fin d'année à prendre leurs 5[e], 9[e] et 12[e] inscriptions qu'après qu'ils auront complété leur carnet de clinique. — Adopté.

L'élève C... devra compléter son examen en octobre.

M. Godon fait connaître que le Bureau a décidé de confier à un professeur titulaire et à un professeur suppléant la chaire de droit médical et a choisi M. Worms, avocat à la Cour d'appel, pour le premier poste et M. Chapron, licencié en droit et bientôt docteur en médecine, pour le second.

Il indique le classement des autres candidats. — Approuvé.

Le bail du 1[er] étage, consenti à M. X., est adopté pour un an avec 350 francs de réparations locatives.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
D[r] SAUVEZ.

COMMISSION D'ANESTHÉSIE

Rapport adopté dans la séance du 25 octobre 1898

La commission d'anesthésie, créée par le Conseil d'administration, après avis du Conseil du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, est constituée de la façon suivante :

MM. Dr Pinet, Président. Dr Sauvez, Secrét.-rapp.	MM. D'Argent, Martinier, Viau, } Membres.

Cette commission a reçu pour mission d'examiner une proposition de M. Godon, adoptée par le Conseil d'administration, après avis du Conseil du corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris.

Cette proposition tend à faire bénéficier les malades de l'anesthésie générale et locale dans la plus large mesure possible, au point de vue de l'humanité et au point de vue de l'enseignement.

La commission a examiné les meilleurs moyens d'arriver à réaliser le desideratum adopté et a pensé qu'elle devait s'attacher à ménager à la fois les obligations que lui imposaient la sécurité des malades et les droits des chirurgiens-dentistes.

La commission constate de la manière la plus absolue que tout chirurgien-dentiste a le droit et le devoir de pratiquer l'anesthésie générale et l'anesthésie locale.

Elle reconnaît que le bon renom du Dispensaire exige que les malades soient admis à bénéficier le plus possible des découvertes de la science destinées à supprimer la douleur, d'autant plus que l'anesthésie a été découverte par un dentiste.

Elle reconnaît, de plus, qu'au point de vue de l'enseignement il est surtout nécessaire que les élèves soient familiarisés, par un usage journalier, avec la pratique des différents modes d'anesthésie ; en conséquence, toute opération douloureuse devra être faite avec le secours des divers procédés permettant de supprimer la douleur.

Elle pense, entre autres, que l'anesthésie locale doit être employée d'une façon absolument courante, étant donné que l'anesthésie générale ne doit être pratiquée en chirurgie dentaire que dans quelques cas exceptionnels et bien déterminés.

Toutefois la commission estime que l'emploi de médicaments d'un usage dangereux ne saurait être adopté que dans des conditions bien déterminées, garantissant les malades et les opérateurs de toute crainte d'aléa, dans la mesure du possible.

Elle fait remarquer les inconvénients qui pourraient résulter de l'emploi non méthodique de l'anesthésie pratiquée librement à l'école.

Elle fait remarquer également que le moindre accident qui pourrait survenir à l'Ecole porterait un préjudice grave et prolongé à la

renommée du Dispensaire et à la considération des membres du corps enseignant en totalité, indépendamment d'autres raisons importantes sur lesquelles il est inutile d'insister.

Elle pense qu'il est d'ailleurs préférable pour les élèves d'être familiarisés avec quelques méthodes simples, ayant donné devant eux des résultats constants, en attendant qu'ils puissent par eux-mêmes apprécier, par comparaison, d'autres méthodes variées.

La commission a tenu à vous présenter ces considérations avant de soumettre à votre appréciation les conclusions de son travail, pour vous montrer dans quel esprit elle s'est placée.

Elle a tenu, comme vous pourrez le constater, à prendre toutes les garanties possibles, dans la crainte qu'un accident causé par l'inobservation des mesures de prudence ne viennent entraver l'évolution du but qu'elle poursuit avec l'auteur du projet et qui consiste à faire pratiquer, à l'Ecole, l'anesthésie *par tous les chirurgiens-dentistes diplômés et pour tous les malades, en un mot l'anesthésie par tous et pour tous.*

Elle espère qu'après quelque temps de pratique de l'anesthésie tant générale que locale, il sera possible de modifier les restrictions et la surveillance qu'elle a cru devoir établir ; mais elle a pensé qu'à l'heure actuelle on ne saurait prendre trop de précautions, pour les malades, les élèves et le bon renom de l'école.

19e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

LA MANIFESTATION PROFESSIONNELLE DU 29 OCTOBRE

La nomination de M. Ch. Godon au grade de chevalier de la Légion d'honneur avait été accueillie dans toute la profession avec une satisfaction marquée, et les éloges unanimes qu'elle avait provoqués dans la presse professionnelle française et étrangère, joints aux félicitations sans nombre adressées au nouveau chevalier, étaient déjà des preuves tangibles de l'estime dont il jouit parmi ses confrères et de l'admiration qu'ils ont pour son caractère élevé et l'œuvre à laquelle il a attaché son nom.

Certains ont pensé avec raison qu'on pouvait mieux faire encore et qu'en présence du choix justifié fait par le Gouvernement pour accorder une distinction aussi élevée, il convenait d'organiser une manifestation qui montrât bien à celui auquel cette distinction était conférée le grand cas qu'on faisait de cette récompense et la considération qu'on avait pour sa personne. Cette pensée était d'autant plus juste que cette croix avait été demandée pour lui par le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris, auquel s'étaient joints un certain nombre de personnalités marquantes dans la science. Elle fut donc bien accueillie de ceux auxquels elle fut soumise, et bientôt fut constitué, sur l'initiative de membres de ce Conseil, un

Comité qui rechercha la forme à donner à cette manifestation pour la rendre plus éclatante et plus durable. Présidé par M. Viau, avec M. Bonnard comme secrétaire, ce Comité ne tarda pas à s'arrêter à l'idée d'un vaste banquet, à l'issue duquel les insignes de la Légion d'honneur en diamants seraient remis à M. Godon et où les représentants des diverses Sociétés professionnelles pourraient lui exprimer, au nom de ces Sociétés, les sentiments qu'il inspire à chacune d'elles.

Un appel fut adressé aux membres de l'Association générale des dentistes de France, et aux amis de M. Godon, et, en peu de jours, un très grand nombre d'adhésions étaient réunies. Le banquet fut fixé au dimanche 29 octobre et l'on choisit pour l'organiser la grande salle de la rue Charras, qui se prête merveilleusement à des réunions de ce genre.

La table, en forme d'un rectangle très allongé, dont un des petits côtés devait rester ouvert, comprenait 120 couverts. Les places d'honneur avaient été naturellement réservées au Directeur de l'École dentaire de Paris et à MM. Srauss, sénateur, président effectif du banquet, Chautemps, député, ancien ministre, Lecaudey, président d'honneur, les Drs Hirtz et Moizard, médecins des hôpitaux. Un grand nombre de confrères, sans parler des amis personnels de M. Godon et d'autres personnalités, occupaient, sur chaque face, les deux grands côtés de la table, qui offrait ainsi, avec ses abondantes corbeilles de fleurs, un coup d'œil des plus séduisants, au milieu du cadre élégant dans lequel elle était servie.

Il n'est pas superflu de dire que ce banquet se distinguait des autres fêtes de cette nature par un courant de sympathie rattachant les uns aux autres tous ceux qui y prenaient part, sympathie commune pour celui que l'on fêtait. Ce n'était pas un banquet corporatif, ce n'était pas un banquet professionnel,

c'était la réunion d'hommes qu'un même sentiment d'amitié et d'admiration groupait et confondait dans un même élan d'enthousiasme pour accorder un tribut d'éloges mérités à un citoyen qui se consacre au relèvement d'une profession, au progrès d'un art et d'une science, au triomphe des idées de mutualité, de solidarité et de philanthropie, au bien-être social en un mot. On le vit bien surtout au moment des discours et des toasts: qu'ils fussent longuement préparés ou laissés au hasard de l'improvisation, qu'ils fussent lus ou débités, ce qui dominait dans tous, c'était le sentiment. C'est ce qui a donné à cette manifestation un caractère particulier, un caractère éminemment sincère. Il y avait vraiment de l'effusion, vraiment de la cordialité dans toutes ces paroles, louangeuses, amicales, sans être trop indulgentes. Aussi le destinataire de cette manifestation était-il en proie à une émotion débordante, bien visible, et ne pouvait-il plus trouver d'expressions pour remercier chaque orateur à chaque nouvel éloge, pourtant bien mérité, qui sortait de sa bouche, et se bornait-il, dans un mouvement d'émotion qu'il était hors d'état de maîtriser, à le presser sur son cœur et à lui donner l'accolade. Pour qui connaît M. Ch. Godon, cet embrassement valait mieux que les remercîments les plus chaleureux.

Comme toujours dans les réunions très nombreuses, on comptait passablement d'absents, empêchés par diverses circonstances; mais leur absence même, excusée dans des termes flatteurs, témoignait qu'ils s'associaient pleinement à la manifestation, et les lettres chaleureuses adressées par eux au président du banquet étaient autant de preuves de sympathie à l'égard de notre directeur. Ceux qui s'étaient ainsi trouvés éloignés de nous sont MM. Henri Brisson et Mesureur, députés; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; Beurdeley, maire du VIIIe arrondisse-

*ment ; Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique; Gariel, professeur à la Faculté de médecine ; Hérard, ancien président de l'Académie de médecine ; Sébileau et Launois, professeurs agrégés à la Faculté de médecine; Evelin et Fringuet, inspecteurs d'Académie ; Sansbœuf, adjoint au maire du VIII*e *arrondissement; Pinard, adjoint au maire du IX*e *arrondissement ; Poinsot, directeur honoraire de l'École dentaire de Paris ; Richard-Chauvin, Serres, Grimbert, Francis Jean, D*r *Pinet, D*r *Maire, D*r *Friteau et de Croes, membres du corps enseignant de cette Ecole ; D*r *Deny ; Damain, directeur de l'École odontotechnique ; Cunningham (de Cambridge) ; D*r *Decker (de Luxembourg), Longuet (de La Rochelle), D*r *Guillot (de Lyon), Thioly-Regard (de Genève), André, Huguet, Neech, Tournier-Daille, Torre.*

Après la lecture de ces diverses lettres par M. Bonnard, M. Strauss a porté un toast à M. Godon, à l'école qu'il dirige et à la profession; M. Lecaudey a félicité M. Godon de sa nomination, lui a remis les insignes de l'ordre et lui a donné l'accolade. Alors, M. Viau, en qualité de président du Comité d'organisation et surtout en sa qualité de plus ancien ami de M. Godon, a rappelé quelques souvenirs de jeunesse: rêves d'avenir aujourd'hui réalisés. M. Martinier, dans un discours très étudié, a retracé toute la carrière professionnelle de M. Godon et énuméré ses titres à la distinction dont il a été l'objet. Parlant au nom de l'École dentaire de Paris, dont il est le directeur adjoint, il devait naturellement insister longuement sur le mérite de son collaborateur et exposer en détail l'historique de sa remarquable création.

M. d'Argent, président de l'Association générale, a indiqué le rôle de M. Godon au point de vue des intérêts corporatifs. M. Ronnet, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, a remercié son vieil ami, au nom de la Société et a rapproché du

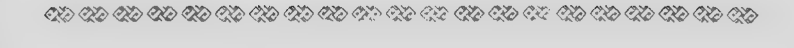
nom de M. Godon un autre nom qui a joué un grand rôle dans l'histoire de la profession, celui de Paul Dubois. M. le Dr Queudot, président du Syndicat des dentistes patentés avant 1892 ou diplomés depuis et directeur-adjoint de l'École odontotechnique, a rendu justice, dans une forme humoristique, au directeur d'une école rivale. M. le Dr Sauvez, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès de 1900, a signalé l'activité déployée par son président, M. Godon, pour la réussite de cette grande réunion internationale et a associé le nom de Mme Godon à cette touchante manifestation. M. F. Lagarrigue, au nom des amis personnels, a évoqué le souvenir de la famille de M. Godon et a retracé sa vie publique comme habitant du 8e arrondissement de Paris. M. Fayoux a parlé ensuite au nom des dentistes de province ; puis M. Schwartz, président de l'Association des dentistes du Sud-Est, a adressé les félicitations de la Société. M. Blatter a prononcé un discours vibrant de jeunesse, au nom des élèves de l'École. Enfin MM. le Dr Roy, Bonnard et le Dr Monnet ont porté successivement des toasts très applaudis.

C'est alors que M. Godon, avec des paroles émues, pleines de chaleur et de sentiment, venant véritablement du cœur, remercie les organisateurs de la manifestation et ceux qui y prennent part, ses confrères, ses amis, ses collaborateurs, les absents, tous ceux en un mot qui lui donnent un témoignage d'amitié ou d'estime, les assurant que c'est dans leur coopération précieuse qu'il a puisé la force de réaliser tout ce qu'il a fait et que c'est dans leurs encouragements et dans leurs félicitations qu'il trouvera encore la force de faire pendant le reste de sa vie tout ce qui sera en son pouvoir pour que sa profession soit vraiment grande.

La fin de ce discours, fréquemment interrompu par les applaudissements, est saluée par une triple salve

de bravos, dont les échos durent pendant longtemps. L'émotion est à son comble, la joie est sur tous les visages, toutes les mains se tendent vers M. Godon pour serrer les siennes.

Quiconque a assisté à cette fête, a été témoin de ces élans d'enthousiasme, en conservera un souvenir ineffaçable. Un pareil spectacle est fait pour réconforter les âmes et nous sommes assuré que M. Godon a trouvé dans cette manifestation organisée par ses confrères une récompense de son labeur et de ses efforts qui vaut, à ses yeux, celle qui lui a été décernée par le Gouvernement.



Travaux Originaux

DE L'EMPLOI DE LA TROPACOCAINE
PAR LA MÉTHODE DE SCHLEICH

Par M. Georges Mahé.

Depuis la rédaction du travail sur la méthode de Schleich que M. Gross me fit l'honneur d'analyser dans l'avant-dernier numéro de ce journal, c'est-à-dire depuis plus d'un an, je suis resté fidèle à « l'infiltration » pour l'anesthésie locale de la gencive et du périodonte et je l'ai employée d'une manière presque exclusive.

C'est dire suffisamment que je persiste absolument dans l'opinion que j'émettais alors sur la valeur très réelle de ce procédé.

J'ai totalement renoncé à l'emploi des solutions huileuses auxquelles j'étais si profondément attaché, malgré leurs sérieux inconvénients, et j'ai abandonné, momentanément au moins, le rêve poursuivi — vainement jusqu'ici — de supprimer ces inconvénients sans perdre les bénéfices de la méthode.

Je pense inutile d'ajouter de nouveaux chiffres à ceux que M. Gross a déjà rapportés. Je me bornerai à dire que mes résultats se sont encore sensiblement améliorés. Est-ce une pratique plus grande du procédé, une meilleure « série »? Je ne sais ; mais le nombre des injections absolument inutiles m'a paru un peu inférieur à celui que j'avais précédemment cité. D'un autre côté, le niveau de mes cas favorables a tendu à s'uniformiser. L'anesthésie *absolue* m'a toujours semblé d'un pourcentage assez faible ; mais l'ensemble des opérations m'a procuré des résultats *excellents* et le bénéfice retiré de l'injection par le patient nous a généralement paru, à l'un et à l'autre, des plus réels et des plus appréciables.

Je maintiens donc, en l'accentuant encore, le sens favorable de mes conclusions, et, tout en continuant à reconnaître que les solutions huileuses de cocaïne basique donnent une anesthésie plus absolue, je persiste à déclarer que, dans l'ensemble des conditions à considérer, la méthode de Schleich me semble, à l'heure actuelle, celle qui est la plus capable de procurer, *avec le minimum d'inconvénients, le maximum d'analgésie.*

Les avantages me paraissent surtout énormes sur la solution aqueuse de chlorhydrate à 1 o/o, qu'emploient presque exclusivement aujourd'hui ceux qui, pour une raison quelconque, n'ont pas adopté les solutions huileuses.

Considère-t-on, en effet, comme le plus important le *volume* de liquide introduit dans les tissus, il faut reconnaître que le centimèbre cube, regardé par beaucoup comme la dose *ne varietur,* et qui contient dans la solution centésimale 1 centigramme de principe actif, n'en renferme plus dans la solution de Schleich que 2 milligrammes. A volume égal, cette dernière est donc *cinq fois moins toxique.* Et mon expérience personnelle me permet d'affirmer qu'elle est sensiblement aussi anesthésique.

Considère-t-on au contraire la quantité d'alcaloïde, on voit que pour 1 centigramme il faut employer un centimètre cube de la première solution et cinq de la seconde. Or, d'une part, le rôle de *l'infiltration,* de la distension mécanique des éléments anatomiques est incontesté, quelle que soit d'ailleurs l'importance réelle qu'on lui reconnaisse: *à quantité égale d'alcaloïde,* on aura donc une anesthésie plus complète. D'autre part, cette dilution présente encore l'avantage d'étendre singulièrement les limites superficielles du champ opératoire. Si l'on admet qu'il n'est pas prudent de dépasser dans une intervention sur la face la dose de 5 centigrammes, on voit qu'avec la solution à 1 o/o on atteindra cette dose avec 5 centimètres cubes, tandis qu'on disposera avec le Schleich de 25 *centimètres cubes,* quantité que, nous dentistes, nous n'atteindrons pour ainsi dire jamais. Si l'on est plus audacieux et qu'on ose aller

jusqu'à la dose maxima absolue de 15 centigrammes, on pourra injecter 75 *centimètres cubes*, quantité plus que suffisante pour « infiltrer » les deux mâchoires à la fois. L'anesthésie locale ne limite donc plus l'importance de l'intervention : aucun procédé n'a jusqu'ici offert une semblable possibilité.

La solution de Schleich présente donc sur la solution au 100e de M. Reclus le triple avantage d'être :

Moins toxique, à volume égal ;

Plus anesthésique, à dose d'alcaloïde égale ;

D'une action plus étendue, à dose d'alcaloïde égale.

Je suis convaincu que tous ceux d'entre nous qui emploient la solution au 100e et qui voudront bien expérimenter impartialement « l'infiltration » n'hésiteront pas longtemps à lui décerner la préférence.

A ces avantages généraux du procédé de Schleich, la substitution de la tropacocaïne à la cocaïne, employée par le chirurgien autrichien, me semble ajouter encore.

Diverses considérations conduisaient à cette idée. Les premiers expérimentateurs de la tropacocaïne, parmi lesquels il est juste de rappeler MM. Viau et Pinet, établirent en effet, et ces données furent confirmées depuis, que cet alcaloïde produit une anesthésie *plus rapide* et *plus complète* que la cocaïne et qu'elle est *près de 3 fois moins toxique*, la dose mortelle étant de 0,50 centigrammes pour un lapin de poids moyen, tandis qu'il suffit de 0,20 centigrammes de cocaïne pour arriver au même résultat.

De plus, un de ces premiers expérimentateurs, le professeur Schweigger, reconnut que l'addition de chlorure de sodium à la solution de tropacocaïne améliorait les résultats. Or cette addition ne sert à rien avec la cocaïne.

C'étaient là des points intéressants, le dernier surtout, puisque certains auteurs ayant étudié le procédé de Schleich, M. Custer, entre autres — dont j'ai rapporté l'opinion, d'après M. Romme, dans le travail cité plus haut — prétendaient qu'à « l'infiltration » proprement dite se joignait

une sorte *d'exaltation* des propriétés anesthésiques de l'alcaloïde par le chlorure de sodium.

Avec une logique parfaite, M. Custer essaya immédiatement la tropacocaïne et conclut nettement à sa supériorité dans l'anesthésie par l'infiltration.

Son travail, publié dans le n° 2 du *Münchener medizinische Wochenschrift* de 1898, ne parvint à ma connaissance que par une citation de la *Presse Médicale* du 13 mai 1899. Il me détermina à appliquer immédiatement à l'extraction des dents cette modification à laquelle j'avais songé presque dès le début de mes observations.

Une circonstance, survenue à propos, donnait d'ailleurs à cette substitution autre chose qu'un intérêt d'expérimentation. Le prix élevé de la tropacocaïne, alors qu'on la tirait uniquement d'un arbuste de Java assez peu répandu, n'en faisait guère en effet jusqu'ici qu'un produit de laboratoire. On sait — *L'Odontologie* a signalé ce fait et j'ai eu moi-même l'occasion de le souligner[1] — que Willstätter, en utilisant les relations étroites de la *tropine* (produit de dédoublement de l'atropine) avec l'*ecgonine* (produit de dédoublement de la cocaïne), est arrivé, il y a peu de temps, à produire une tropacocaïne synthétique dont le prix est dès à présent absolument abordable.

Dès les premières injections je fus à mon tour convaincu de la supériorité de la tropacocaïne dans l'infiltration : l'anesthésie est incontestablement plus complète et plus fidèle, ce qui tendrait à démontrer qu'en effet (ceci est une modification de mon opinion primitive) le mécanisme de l'anesthésie par le Schleich est *complexe* et que le rôle mécanique du liquide n'en est *pas le seul* facteur.

J'avais d'abord simplement substitué la tropacocaïne à la cocaïne dans la formule originale de Schleich, qui est, je le rappelle :

---

1. *L'Odontologie*, 1897, I, pp. 266 et 351.

Chlorure de sodium	0 gr. 2	décigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 2	—
Chlorhydrate de morphine	0 0 25	centigr.
Eau phéniquée à 5 o/o	II gtts.	
Eau distillée	100 ctm.³.	

Depuis longtemps j'avais supprimé l'eau phéniquée, qui n'avait même pas l'avantage de conserver plus longtemps la solution. Je supprimai également, sans en éprouver le moindre inconvénient, le chlorhydrate de morphine. Enfin, le souvenir de l'observation de M. Schweigger m'amena à rechercher s'il n'y aurait pas avantage à augmenter la proportion de chlorure de sodium. Et en effet je reconnus que les meilleurs résultats étaient obtenus avec des solutions contenant 2 parties de ce sel pour 1 d'alcaloïde.

La formule à laquelle je suis arrivé, que j'emploie maintenant exclusivement et que j'ose recommander, est celle-ci :

Chlorhydrate de tropacocaïne de synthèse	0 gr. 1	décigr.
Chlorure de sodium pur	0 2	—
Eau distillée	50 ctm.³.	

Cette formule me semble posséder sur celle de Schleich les avantages suivants :

1°) Elle est d'une *simplicité* telle qu'aucun praticien ne peut hésiter à la préparer ;

2°) Elle possède une *puissance anesthésique* très sensiblement supérieure ;

3°) Elle supporte la *stérilisation à l'autoclave* sans perdre de ses qualités ;

4°) Non seulement elle *ne s'altère pas* en vieillissant, mais, comme les solutions d'hématoxyline par exemple, elle semble *mûrir* au bout de quelques jours : je l'ai toujours trouvée plus active cinq ou six jours après sa préparation ;

5°) Etant près de trois fois *moins toxique*, elle réduit pratiquement les dangers d'intoxication à zéro ;

6°) Il résulte en outre de cet exposé qu'elle peut être *préparée commercialement* et livrée en ampoules stérili-

sées toujours prêtes pour l'usage. En fait d'anesthésique ayant fait ses preuves, seule la cocaïne basique en solution huileuse présentait cette commodité, qui est pour beaucoup dans la faveur dont elle jouit.

Quant à la technique, je n'ai que fort peu modifié celle que j'exposais dans ma première étude. Je n'ai que deux choses à signaler :

1°) Je stérilise ma solution à 115° pendant 15 minutes (dans le vulcanisateur) et je l'emploie seulement après une semaine de vieillissement. Quoique je ne la conserve que dans un flacon bouché à l'émeri, trois semaines d'attente ne m'ont pas semblé l'altérer ;

2°) L'infiltration exigeant de plus grandes quantités de liquide que les procédés ordinaires, j'emploie, et je crois bon de recommander, pour simplifier l'opération, une seringue *de 2 ctm³*.

La seringue de Roux, de cette capacité, construite par Collin, me semble parfaite pour cet usage.

Les joints et le piston sont en excellent caoutchouc, le procédé de serrage du piston est parfait. Elle possède, comme celle de M. Viau, un épaulement circulaire offrant aux doigts un point d'appui solide qui permet d'exercer sur la masse à injecter une pression considérable, ce qui est souvent nécessaire pour les gencives. Enfin, les aiguilles sont munies d'ingénieux manchons amovibles, qui permettent de les manipuler après stérilisation, sans crainte de les contaminer avec les doigts.

Comme procédé pratique de stérilisation de la seringue, je signale le suivant, très simple, et qui me donne complète satisfaction.

On choisit un petit flacon en verre, dit *col droit*, de 30 ctm³ et de dimensions telles que la seringue introduite dedans soit arrêtée au niveau du goulot par son épaulement circulaire et n'arrive pas jusqu'au fond, qui contient quelques centimètres cubes d'eau. Le tout est recouvert avec un petit verre à liqueur de forme simple et de dimensions telles que, retourné, ses bords viennent s'appuyer sur la

partie renflée du flacon. Ce sont là des objets courants, très faciles à se procurer. La coupe ci-dessous donne, je crois, une idée exacte de l'ensemble.

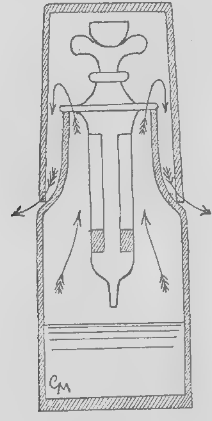


Fig. 46.

Ce petit appareil est porté au four ou placé sur un brûleur à flamme très basse recouverte de toile métallique. Au bout de quelques minutes l'ébullition est complète et la vapeur vient sortir entre le couvercle et le flacon. On retire du feu et l'on place, dans une petite conserve de verre, à l'abri de la poussière en attendant l'emploi. Le gobelet-couvercle peut servir à puiser la solution anesthésique.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✪, *président.*
Dr **Sauvez**, *vice-président.*
L. Richard-Chauvin, ✪, *vice-présid.*

MM. **Choquet**, *secrétaire général.*
Jeay, *secrétaire des séances.*
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances.*

MM. **Meng** ✪.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✪, *président.*

MM. **Richard-Chauvin**, ✪, *vice-président.*
Coignard, *vice-président.*
De Marion, ✪, *secrétaire général.*

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint.*
Rollin, ✪, *trésorier.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✪, **Poinsot** ✪.

MEMBRES DU CONSEIL

Paris

MM. **Billet, Claser** ✠, **Godon** ✵, ✪, **Lemerle**, ✪, Dr **Maire, Devoucoux, Martinier**, ✪, **Ed. Papot**, ✪, **Paulme, Stévenin, Viau, I.** ✪.

Province *(Nord-Est).*

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✪ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✪, **Berthaux, Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.), Gardenat, Pillette, Wiesner**, ✵, ✪.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire* ; **Billet, De Marion, Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet, Devoucoux, Papot, Rollin, Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

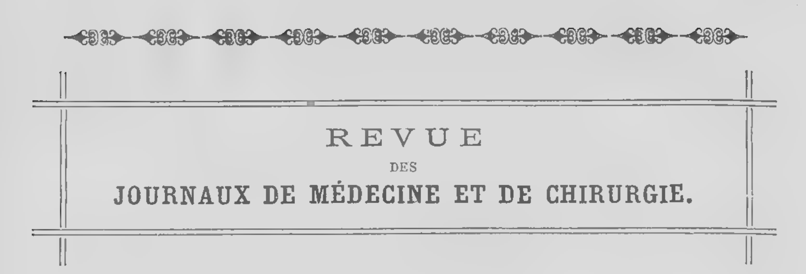
Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union :*
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



REVUE
DES
JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. — L'ÉVOLUTION DENTAIRE DES ENFANTS PLACÉS EN NOURRICE

Par le docteur FERNAND LEDÉ,

Membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.

Firmin Marbeau, le créateur des crèches, adressait en 1846 aux Chambres une pétition afin d'obtenir la protection de l'enfant en nourrice, qu'il dénommait l'orphelin temporaire ; il demandait pour celui-ci la protection efficace et réelle contre son frère de lait, son frère ennemi. Il a fallu attendre jusqu'en 1869, sur l'initiative de l'Académie de médecine, pour voir constituer une commission spéciale extra-parlementaire chargée d'étudier les causes de la mortalité infantile en France. Les travaux de cette commission n'eurent de sanction que lorsque M. Théophile Roussel présenta à l'Assemblée nationale la loi qui porte son nom et fut adoptée le 23 décembre 1874.

Cette loi contient des lacunes inhérentes à son fonctionnement même et à son application, mais aussi tenant à ce que le règlement administratif, élaboré en conseil d'État et daté du 27 février 1877, ne pouvait prévoir toutes les conditions d'élevage et assurer la protection de l'enfant placé en nourrice et de l'enfant de la nourrice.

Le summum de la protection est de sauvegarder ces deux existences précieuses à la nation et de préparer une génération saine et robuste. Si des enfants privilégiés sont élevés près de leurs parents par des nourrices, d'autres sont en grand nombre exportés dans les départements ou dans la banlieue des grandes villes.

La protection doit être d'autant plus efficace et plus sérieuse que l'enfant est plus éloigné du domicile de ses parents.

Or, une des premières mesures à prendre est, en ces circonstances, de ne confier un nouveau-né qu'à une femme dont l'enfant est déjà élevé, pour ainsi dire, ou du moins a dépassé les premières étapes de la vie, les plus difficiles à remplir.

Que se passe-t-il, au contraire, dans la réalité?

Les parents choisissent trop au hasard la nourrice à laquelle ils

confieront leur enfant nouveau-né ; les convenances et les conseils dominent, souvent l'avis d'une commère suffit pour déterminer le choix des parents. Les conséquences en sont toujours graves, et, si l'enfant ne meurt pas dans le premier mois, son développement et sa nutrition en souffrent, surtout si la nourrice choisie a un lait âgé de moins de quatre mois accomplis et que son enfant reste auprès d'elle.

D'où il suit qu'un des criteriums du développement de l'enfant peut être modifié dans son évolution. L'apparition des dents est retardée et ne s'effectue que difficilement.

Dans ce travail, 248 nourrices, ayant un lait de quatre mois au plus, ont élevé en même temps que leur enfant 248 enfants nouveau-nés. D'où il résulte que 496 enfants (248 nourrissons, 248 enfants de nourrices) ont été étudiés spécialement dans leur évolution dentaire.

L'enfant de la nourrice peut être sevré au moment de l'arrivée du nourrisson ou envoyé en nourrice. Il se peut aussi que, malgré les promesses de la nourrice, il soit encore élevé au sein.

S'il en était autrement, la nourrice serait une mauvaise mère et peut-être une bonne nourrice. Cette question soulève des considérations sociales que nous n'avons pas à étudier ici ; mais il nous importe d'affirmer à nouveau que l'un et l'autre de ces deux enfants sont aussi intéressants l'un que l'autre et qu'il faut assurer le développement de l'un et de l'autre de ces enfants.

Il résulte de l'étude de l'évolution dentaire chez les nourrissons que :

1° Si l'enfant de la nourrice est envoyé lui-même en nourrice, les premières dents apparaîtront chez le nourrisson vers cinq, six ou sept mois.

2° Si l'enfant de la nourrice est sevré prématurément et élevé artificiellement, l'évolution dentaire sera à peu près normale chez le nourrisson, tandis qu'elle sera retardée chez l'enfant de la nourrice.

3° Si l'enfant de la nourrice n'est pas sevré, lors de l'arrivée du nourrisson, l'évolution dentaire sera retardée chez le nourrisson beaucoup plus que chez l'enfant de la nourrice. Le nourrisson n'aura ses premières dents que vers l'âge de douze, treize et quinze mois, tandis que l'enfant de la nourrice, victime aussi du double élevage, n'aura ses premières dents que vers huit ou dix mois.

Il est donc urgent, si l'on veut accorder une égale protection à ces deux enfants et sauvegarder deux existences si précieuses en ces temps de dépopulation, de ne permettre à une nourrice qui veut se procurer un nouveau-né à élever chez elle au sein, d'obtenir ce nourrisson que lorsque son enfant aura atteint l'âge de quatre mois accomplis.

Le Parlement et le Conseil d'Etat n'ont pas à intervenir dans cette question, et un arrêté ministériel, motivé sur l'avis de l'Académie de médecine, suffit en la circonstance. Laissons les calendes aux Grecs.

II. — L'ARRÊT TEMPORAIRE DE CROISSANCE CHEZ LES NOURRISSONS EN RAPPORT AVEC L'ÉRUPTION DENTAIRE.

M. Variot. — Hénoch est, à ma connaissance, celui qui a formulé de la manière la plus explicite la baisse de poids qui survient assez fréquemment chez les enfants au moment de la percée des dents.

Ce trouble de nutrition constaté par la balance est indéniable, bien qu'il soit loin d'être constant ; il est habituellement en rapport avec des réactions gastro-intestinales plus ou moins prononcées, vomissements, diarrhée, etc., mais il arrive quelquefois que l'arrêt de croissance semble en être indépendant.

Depuis quatre années j'ai recueilli un très grand nombre de documents sur les accidents divers survenant au cours de l'allaitement à la consultation de nourrissons du Dispensaire de Belleville, où plus de cinq cents enfants ont été suivis, inspectés et pesés régulièrement. M. le Dr Laumonier a bien voulu dépouiller toutes les fiches pour rechercher celles dans lesquelles une baisse de poids notable était indiquée, coïncidant avec l'éruption dentaire.

Il a relevé les pesées hebdomadaires des nourrissons durant la période de la dentition seulement, et je publie ci-dessous ces observations pondérales qui ont une valeur rigoureuse; car j'ai éliminé un assez grand nombre d'autres fiches dans lesquelles l'arrêt de croissance était noté pendant l'été, alors que les diarrhées imputées à la dentition sont mieux expliquées par l'élévation de la température extérieure et par les fermentations du lait.

Sur cinq cents nourrissons environ, 42, soit un peu moins d'un dixième, ont présenté des troubles nutritifs, légers et temporaires, se révélant par l'abaissement du poids et coïncidant d'une manière incontestable avec l'éruption dentaire.

Je n'ignore pas que bien des conditions interviennent pour faire fluctuer le poids des enfants allaités artificiellement en dehors des dérangements gastro-intestinaux ; la bronchite, la grippe, la négligence dans les soins, la vaccination, les otites, les adénites d'origine impétigineuse, les abcès chauds ou froids, etc., sont assez fréquents. Mais comme les inspections hebdomadaires ont été faites pour la plupart par moi, quelques-unes par mon collaborateur le Dr Lazard, je n'attribuais les baisses de poids à la dentition que lorsque je ne trouvais aucune autre cause plausible et je notais moi-même sur ces fiches l'apparition des dents.

Les consultations de nourrissons comme celle que j'ai organisée au Dispensaire de Belleville constituent, ainsi que je l'ai déjà indiqué,

des champs d'observation très riches pour les médecins qui veulent approfondir les questions relatives à l'allaitement.

(Revue médicale).

III. — Ankylose de la machoire inférieure.

M. Mikailoff. — Une fillette de 12 ans entre à l'hôpital Sainte-Olga de Moscou pour contracture persistante de la mâchoire. La maladie a débuté cinq ans auparavant dans le cours d'une otite moyenne, suivie d'abcès péri-auriculaire, par une contracture successive des mâchoires, et s'est terminée par une ankylose complète. L'enfant parle d'une façon intelligible ; la mâchoire supérieure est en prognathisme sur la mâchoire inférieure, ce qui laisse entre les incisives un espace suffisant pour l'introduction d'aliments. D'ailleurs, l'alimentation est presque exclusivement liquide. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont complètement abolis.

On fait le brisement forcé de l'articulation ankylosée, puis la dilatation systématique de la bouche avec le dilatateur de Roses. A la fin de ce traitement, la dilatation de la bouche était de deux centimètres et demi ; l'alimentation pouvait se faire convenablement. Les suites de l'opération sont très simples et les résultats fonctionnels très satisfaisants.

(Revue médicale.)



TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

NOUVELLES MODIFICATIONS D'APPAREILS CONNUS

Par M. Édouard H. Angle, M.D., D.D.S.

Traduit du *Dental Cosmos* par M. Ch. Wéber,

Démonstrateur à l'École Dentaire de Paris.

L'arc expanseur ou ce qui a été appelé improprement « le grand bandeau » inventé par Fauchard en 1728 est un point très important dans l'histoire du redressement des dents.

C'était au début une bande de métal mince recourbée de façon à contourner l'arcade dentaire. On y faisait de nombreux trous pour y attacher des ligatures passant sur les dents afin de les maintenir ou d'exercer une pression sur les dents déviées.

Rudimentaire au début, cet appareil devait subir beaucoup de transformations dans les mains de Bell, Fox, Harris, Shang et d'autres, pour devenir enfin un des moyens les plus utiles et les plus universellement employés dans le redressement.

Par son emploi nous comprenons toute l'arcade dentaire, les dents en particulier aussi bien que collectivement. De plus nous avons de cette façon une très grande rétention, puisque nous pouvons l'employer simple, renforcé, réciproque ou fixe, de façon qu'il soit possible de concentrer sur une seule dent la résistance collective des autres dents. Enfin ce bandeau sert de guide dans le mouvement des dents, représentant une ligne concentrique à l'arcade normale et parfaite ; en outre il sert d'appareil de maintien.

Dans la forme modifiée que nous représentent les figures 47 et 48 on peut voir que sa forme, sa proportion, sa force et son élasticité, aussi bien que sa stabilité dans la bouche sont presque parfaites.

La plus sérieuse modification que ce genre d'appareil a subie est certainement la substitution des bandes et fils métalliques des n[os] 26 et 28 aux anneaux de caoutchoucs sales, peu actifs et dangereux.

Ces ligatures métalliques n'ont pas besoin d'être renouvelées si l'on a soin de serrer les deux extrémités du fil avec une pince et en ajoutant ainsi cette puissance idéale : la vis. Ainsi l'étendue de l'application et l'action effective de la bande se trouvent considérablement augmentées et la durée du traitement est réduite de moitié.

Le dernier perfectionnement de cette bande est ce rebord ou

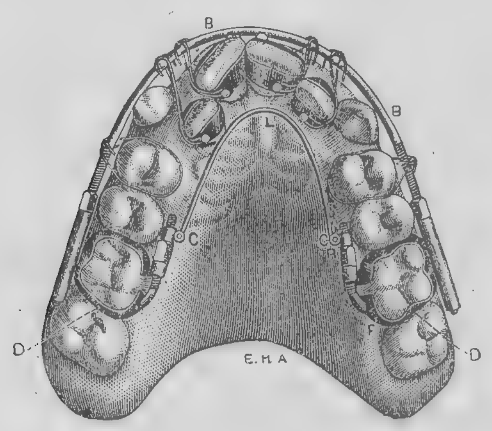


Fig. 47.

gaîne sur l'écrou qui s'adapte avec beaucoup de précision dans le

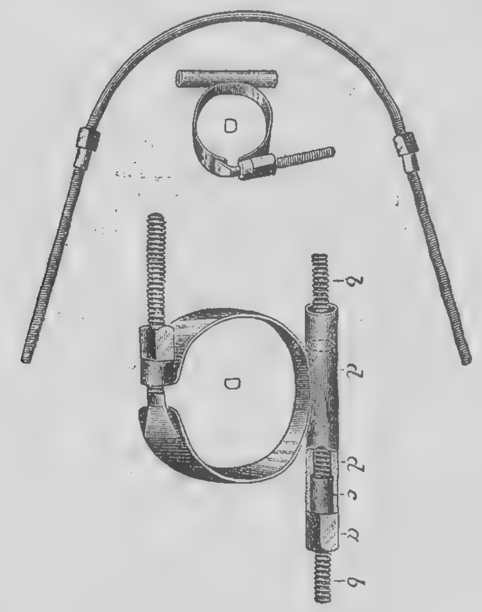


Fig. 48.

tube soudé à la bande-clamp D, qui empêche l'ennui du desserrement de l'écrou par le frottement de la langue ou des joues. On a

donc par ce fait une plus grande étendue de fil disponible et par conséquent une plus grande force sans augmenter le volume de l'appareil.

Dans l'emploi intelligent de cette tige ou bande les dents peuvent

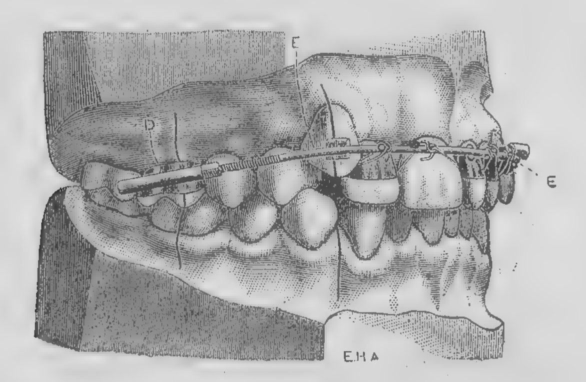


Fig. 49.

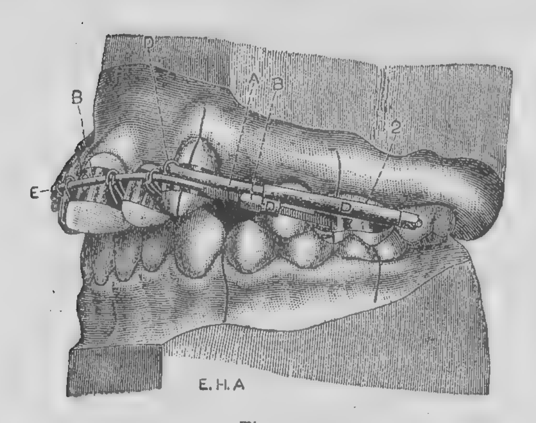


Fig. 50.

être déplacées en masse; l'un ou l'autre arc peuvent être élargis en déplaçant en dehors une ou deux de leurs moitiés latérales ou bien allongés ou agrandis dans une proportion quelconque en avant ou sur un ou deux côtés. Les mouvements d'élévation, d'abaissement ou de rotation labiaux, linguaux ou mésiaux des dents seules peuvent se faire avec précision et facilité. Mais en ce qui concerne le rétrécissement de l'arcade dentaire sur un ou deux côtés après extraction des dents ou en avant par le déplacement en arrière de dents proémi-

nentes ou pour le déplacement distal d'une dent seule, l'arc expanseur par lui-même est impropre et ne doit jamais être employé, non qu'il manque de puissance, au contraire, mais pour la raison que le déplacement des dents servant de rétention suivrait leur résistance, devenant insuffisante pour lutter contre celui des dents en mouvement. C'est l'expérience de tout le monde que la résistance combinée des molaires comme simple rétention n'est pas égale à celle de la canine seule. Ces molaires invariablement se déplacent en avant et l'articulation normale, si nécessaire à conserver, est détruite. Une étude curieuse des alvéoles, de la longueur des racines et de l'attachement des dents confirme sur ce point l'observation et la pratique.

La difficulté de ce mouvement, si fréquemment nécessaire, est surmontée avec succès par une combinaison de l'arc expanseur avec une invention bien connue de l'auteur, la vis à traction A et D figures 49 et 50.

La vis à traction est fixée pour un déplacement en arrière des canines.

L'angle de la vis est construit pour recevoir un tube soudé à une bande englobant la canine, tandis que la tige de la vis passe en arrière au travers de la gaîne qui a été solidement soudée à une bande fixée avec du ciment sur la première molaire. Le déplacement en arrière de la canine suit le serrage de l'écrou à l'extrémité postérieure de la longue gaîne, qui s'effectue facilement, tandis que le déplacement en avant des couronnes des dents de rétention est impossible. — Ils doivent sortir complètement de l'alvéole s'ils se déplacent. (Ce système de rétention est le plus actif et le plus sûr ; il est connu sous le nom de rétention fixe. Il fut suggéré par le Dr Barett.)

En combinant l'arc expanseur avec cet appareil, le mouvement des autres dents est facilement obtenu en même temps. L'extrémité de l'arc est supporté par un tube court dans lequel il passe et qui est avant tout soudé à l'extrémité antérieure de la longue gaîne de la vis à traction.

La même combinaison peut s'employer sur les deux côtés si cela est nécessaire, sinon l'extrémité opposée de l'arc expanseur est maintenue par les moyens ordinaires dans la gaîne de la bande D. L'arc expanseur est attaché aux dents qui doivent être déplacées au moyen de bandes avec éperon et des ligatures ordinaires.

On verra, en étudiant cette combinaison, que nous avons une rétention réciproque combinée avec une rétention fixe ; en d'autres termes la résistance de la force des incisives en déplacement réagit sur celle des molaires et l'aide à vaincre la résistance des canines à faire rétrograder.

Une combinaison semblable est très importante en raccourcissant

l'arc, en faisant rétrograder les canines et les incisives proéminentes après l'extraction des premières bicuspides ; la force pour faire rétrograder les incisives provient d'un genre de coiffure sur le centre d'un arc plat (arc B), dont les extrémités seraient dans des tubes soudés

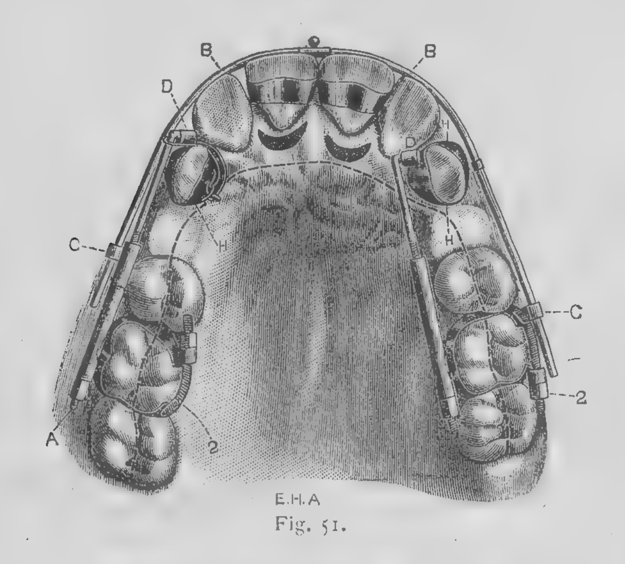


Fig. 51.

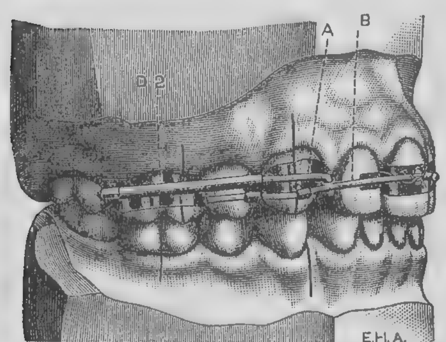


Fig. 52.

à l'extrémité des gaînes longues, comme dans les figures 51 et 52, combinant ainsi la rétention occipitale et fixe.

Avec son emploi nous pouvons diminuer la durée du traitement dans ces cas de près de moitié, et cela sans déplacer les molaires, ce qui est si important à éviter dans ces cas.

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Z. Bajus (*Éditeur de musique*), AVESNES-LE-COMTE (Pas-de-Calais).
Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. / CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS.
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 14, rue de Stassart, BRUXELLES. / 4, rue du Grütli, GENÈVE.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. / { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.
Société Française de Fournitures Dentaires. **G. Ott et Cie.** { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris / **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Hygiene razonada de la boca (2ª parte).

M. José Boniquet, de Barcelone, vient de publier la seconde partie de son ouvrage « Hygiene razonada de la boca » (*Hygiène raisonnée de la bouche*). Ce volume très élégant, de 267 pages, comprend 17 chapitres et un appendice, dans lesquels l'auteur passe successivement en revue la seconde dentition et ses anomalies, la carie de cette dentition, le traitement de la douleur buccale, les complications de la carie dentaire, la carie comme cause de névralgies, l'extraction avec ses accidents et ses complications, l'anesthésie, les concrétions dentaires, la fétidité de l'haleine, la bouche pendant la grossesse, le cure-dents et la brosse, l'évolution de la dent de sagesse et ses accidents, les traumatismes buccaux, l'état de la bouche pendant diverses maladies, la troisième dentition artificielle, les moyens de fixation des dents artificielles et le régime qu'exige l'emploi de ces dents.

Cette deuxième partie, clairement écrite, comme la première, est illustrée de 54 gravures qui ajoutent encore à la netteté de l'exposition.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE ODONTOLOGIQUE.

BIBLIOGRAPHIE ÉTRANGÈRE.

Albert (H. L.) The sulpho-cyanide of potassium in saliva. Lancet, Lond., 1898, i, 494-496. — **Ambler** (H. L.) Tin foil. Items Interest, N. Y., 1898, xx, 183. — **Anacker**. Trichosis auf der Zunge der Rinder. Thierarzt. Wetzler, 1898, xxxvii, 25-27. — **Andrews** (R. R.) Chairman's address [on stomatology]. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 633-636. — **Atknison** (D. D.) Dentistry in the twenties. Am. Dent. Weekly, Atlanta, 1898, i, 317-320. — **Avoledo** (P.) Il serramento delle mascelle in seguito a lesioni suppurative dell' orecchio. Arch. ital. di otol. [etc.], Torino, 1898, vii, 65-70. — **Bagozzi** (G.) Di un caso d'infezione secondaria ad avulsione dentale di eccezionale gravità. Boll. clin.-scient. d. Poliambul. di Milano, 1897, x, 133-136. — **Baldwin** (K. W.) Peritonsillitis; its etiology and treatment, J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 595. — **Baumgarten**. Geschwüre des harten Gaumens. Pest. med.-chir. Presse, Budapest, 1898, xxxiv, 209. — **Beadles** (C. F.) A case of early tubercle of tongue. Tr. Path. Soc. Lond., 1896-7, xlviii, 61. Myxomatous tumour of submaxillary gland. *Ibid :* 66. — **Berdach** (J.) Beitrag zur Anwendung concentrirter Cocainlösungen Wien klin. Wchnschr.,

1898, xi, 178. — **Bernheim** (J.) Ueber einen bakteriologischen Befund bei Stomatitis ulcerosa. Centralbl. f. Bacteriol. [etc.], 1 abt. Jena, 1898, xxiii, 177-182. — **Biendi** (D.) Contributo alla plastica endorale. Riforma med., Napoli, 1898, xiv, pt. 1, 99; 111. — **Black** (G. V.) Instrument nomenclature with reference to instrumentation. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 198-228. *Also :* Ohio Dent. J., Toledo, 1898, xviii, 139-145. — **Black** (S. P.) Actinomycosis. South. Calif. Pract., Los Angeles, 1898, xiii, 41-44. — **Bliss** (A. A.) Certain conditions of the tonsils which limit the usefulness of the tonsillotome. J. Am. M. Ass., Chicago, 1798, xxx, 591-593. — **Brackett** (C. A.) The dentists' eyesight. Items Interest, N. Y., 1898, xx, 184-187. — **Bresee** (P. H.) A prothetic reconstruction. South. Calif. Pract., Los Angeles, 1898, xiii, 44-46. — **Brosius** (F. A.) Pulp mummification *versus* science ? Am. Dent. Weekly, Atlanta, 1898, i, 305. — **Brown** (F. N.) Case of electroplating. Dental Digest, Chicago, 1898, iv, 84-86. — **Brown** (G. V. I.) A five-minute study of pyorrhea alveolaris. Items Interest, N. Y., 1898, xx, 176-180. — **Bucalossi** (A.) Ascesso della parotide sinistro da strettococco piogene e nefrite acuta concomitante. Settimana med. d. Sperimentale, Firenze, 1897, li, 595-598. — **Buckley** (F. S.) Incidents from practice in Germany. Dental Rev., Ghicago, 1898, xii. 175-183. — **Bull** (G. S.) The connection between diseases of the eye and diseases of the teeth. Internat. Dent. J., Phila., 1898, xix, 137-152. — **Burchard** (H. H.) Syphilitic affections of the mouth. *Ibid :* 162-167. Varieties of dental calculi. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 1-9. — **Butlin** (H. T.) What operation can do for cancer of the tongue. Med. Press & Circ., Lond., 1898, n. s., lxv, 243-245. — **Calvert** (J.) A toothplate impacted for eight months in the oesophagus, and causing death by ulcerating into thoracic aorta. Tr. Path. Soc. Lond., 1896-7, xlviii, 71. — **Carter** (T. S.) Fracture of the inferior maxilla treated by a modified method of wire suture. Lancet, Lond, 1898, i, 571. — **Case** of hypertrophy of the gums. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1898, xli, 106. — **Casselberry** (W. E) and **F. Menge**. Tonsil and adenoid operations under anesthesia by nitrous oxid, and nitrous oxid and oxygen ; a preliminary report. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 547-551. — **Chittenden** (R. H.) Variations in the amylolytic power of saliva and their relation to the chemical composition of the secretion. Proc. Am. Physiol. Soc., Bost., 1898, pp. iii-v. — **Chupein** (T. F.) Construction of crown and bridge-work. Dental Office & Lab., Phila., 1898, xii, 33-38. — **Clapp** (D. M.) X-rays. Internat. Dent. J., Phila., 1898, xix, 86, 1 pl. — **Clayton** (J. B.) Non-cohesive gold. tin, and tin-gold. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 193-197. — **Clutton** (H. H.) Case of pharyngeal abscess ; hæmorrhage ; ligature of carotid arteries. Med. Chir. Tr., Lond., 1897, lxxx, 383-388 — **Colter** (J. H.) Practical vs. theoretical tonsillotomy. J. Am. M. Aos., Chicago, 1898, xxx, 476-479. — **Coolidge** (A.) *jr.* Hysterical dysphagia. Tr. Am. Laryngol. Ass., 1897, New York, 1898, 24-36. — **Coon** (W. W.) Gold in amalgam. Dental Cosmos, Phila, 1898, xl, 17. — **Coulliaux** (L.) Anatomia, fisiologia, patologia della polpa dentale (uomo). Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1897, xxvi, 295-324. — **Crile** (G. W.) A new method of applying cocaine for producing surgical anaesthesia, with the report of a case. Tr. Ohio M. Soc., Norwalk, 1897, 90-93. — **Curtis** (G. L.) Resection and reproduction of the maxillæ. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 640-649. — Volasem, an antidote to cocaine. Items Interest. N. Y., 1898, xx, 180. — **Davenport** (J. L.) Esthetic prosthetic dentistry. *Ibid :* 165-167. — **Deekens** (W. F.) Nonoxygenation of the blood by nitrous oxide gas. *Ibid :* 172. — **Delavan** (D. B.) Tertiary ulceration simulating sarcoma of the tonsil. Tr. Am. Laryngol. Ass., 1897, New York, 1898, 116-119. [Discussion], 122-125. — **De Renzi**. *Sulla diagnosi e cura delle*

malattie respiratorie. Boll. d. clin., Milano, 1897, xiv, 481-512. — **Dodge** (H. N.) Reciprocating tooth-movement: a sequel. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 196-198. — **Dow** (T. D.) The evolution of the modern denture. Dental J., Ann Arbor, 1898, vii, 54-56. — **Ellegood** (J. A.) The treatment of chronic inflammation of the tonsils. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 593. — **Eross** (J.) Ueber Tonsillitis follicularis der Neugeborenen. Ungar. med. Presse, Budapest, 1898, iii, 181-183. — **Falcone** (C.) Contributo alla istogenesi ed alla struttura delle glandole salivari. Monitore zool. ital., Firenze, 1898, ix, 11-27, 1 pl. — **Faraci** (G.) Cura chirurgica della faringite cronica iperplastica. Arch. ital di otol. [etc], Torino, 1898, vii, 71-76. — **Faries** (R.) A new operation for uraniscoplasty. Ann. Surg., Phila., 1898, xxvii, 374. — **Fillebrown** (T.) Report of an operation for cleft palate. J. Med. & Sc., Portland, 1897-8, iv, 127. — **Fogg** (J. M.) La cataforesi applicata alla cura delle periostiti. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1897, xxvi, 345-347. — **Frassi** (A.) Di alcuni anestetici locali (cocaina, eucaina, olocaina). Clin. mod., Pisa, 1898, iv, 29-31. — **Freeman** (A. B.) The need of local cooperative dental protection. Dental Rev., Chicago, 1898, xii, 183-187. — **French** (E. C.) Live pulp and gutta-percha in same pulp-canal. Dental Digest, Chicago, 1898, iv, 81. — **Freudenthal** (W.) Salivary calculi. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 469-471. — **Gavello** G.) Polipi mucosi dell' antro mascellare sinistro. Arch. ital. di otol. [etc.]. Torino, 1898, vii, 82. — **Gibb** (J. S.) General and local anesthesia in laryngology and rhinology. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 543-547. — **Gilbert** (V. W.) A dental anomaly. Dental Cosmos, Phila, 1898, xl, 35. — **Gilmour** (W. H.) Debatable points in anæsthetics. Dental Rec., Lond., 1898, xviii, 55-65. — **Gleitsmann** (J. W.) Remarks on treatment of chronic affections of the faucial tonsils, with demonstration of instruments. Tr. Am. Laryngol. Ass., 1897. New York, 1898, 36-47. — **Goble** (L. S.) Painless dentistry. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 14-17. — **Gradenigo** (G.) Sulla iperplasia della tonsilla faringea (vegetazioni adenoidi). Arch. ital. di otol. [etc.], Torino, 1898, vii, 90-95. — **Guthrie** (J. A.) Possibilities of cocaine. N. York M. J., 1898, lxvii, 315. — **Harris** (T.) On dry mouth or xerostomia. Am. J. M. Sc., Phila., 1898, n. s., cxv, 312-317. — **Hartman** (J. H.) A case of angeioma of the tonsil, with recurrence of the same three years after removal. Tr. Am. Laryngol Ass., 1897, New York, 1898, 126. — **Hebb** (R. G.) Case of tuberculosis of the tongue. Tr. Path. Soc. Lond., 1896-7, xlviii, 62. — **Heckard** (W. A.) The use of the disk. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 197. — **Hektoen** (L.) Carcinoma of the pharynx, with extensive and erratic cornification. Phila. M. J., 1898, i, 5 8. — **Hewitt** (F.) Alcuni cenni importanti riguardo all' uso degli anestesici per operazioni odontistiche, con ispeciale riguardo alla posizione. Gior. di corrisp. p. dentisti Milano, 1897, xxvi, 325-334. — **Hiatt** (N. W.) Necrosis. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 13-16. — **Hill** (L.) The treatment of chloroform collapse. Treatment, Lond., 1897, i, 126. — **Hinman** (H. B.) An interesting case of sloughing of the gums. Ohio Dent. J., Toledo, 1898, xvii, 105. — **Hobday** (F.) A new apparatus for the administration of chloroform. Treatment, Lond., 1897, i, 218-220. — **Hoff** (N. S.) Analgetica auf zahnärztlichen Gebiete. J. f. Zahnheilk., Berl., 1898, xiii, no. 6 : no. 7 ; no. 8. — **Horne** (J.) Cyst of epiglottis. J. Laryngol., Lond., 1898, xiii, 95. — **Hunt** (J. M.) A recurrent membranous pharyngitis of nineteen years' duration. *Ibid :* 55. — **Inglis** (O. E.) Arsenical necrosis. Internat. Dent. J., Phila., 1898, xix. 76-86. — **Von Isoo**. Die Hygiene der Mundhöhle. Med.-chir. Centralbl., Wien, 1898, xxxiii, 86-83. — **Jameson** (A.) The personal equation. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 1-12. — **Jung** (C.) Sulla lega di platino argento e suo uso. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1897, xxvi, 335-339. — **Jurist** (L.)

A case of pseudo-membranous (diphtheroid stomatitis, caused by the streptococcus pyogenes. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 649-651. — **Kahlo** (H. C.) Antiseptics. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 234-239. — **Kalt-Reuleaux** (O.) Die Vertreter der Medizin und Zahnheilkunde in Transvaal. Med. Rundschau, Berl., 1897-8, 139. — **Kinscherf.** Die kurze Aethernarkose. Vereinsbl. d. pfälz. Aerzte, Frankenthal, 1898, xiv, 24-27. — **Kirk** (S. T.) Practical observations on cataphoric anæsthesia. Indiana Dent. J., Indianap., 1898, i, 230-234. — **Kirstein** (A.) Nageltroicart für die Oberkieferhöhle. Allg. med. Gentr.-Ztg., Berl., 1898, lxvii, 151. — **Kunert** (A.) Klinische Erfahrungen mit Formagen. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1898, xvi, 57-62. — **Langmaid** (S. W.) Submucous hæmorrhage of the vocal cords. Tr. Am. Laryngol. Ass., 1897, New York, 1898, 17-23. — **Lee** (E. H.) A case of extirpation of the soft palate and tonsil for carcinoma. Medicine, Detroit, 1898, iv, 89-97. — **Leven** (E.) Zur Symptomatologie der Stomatitis Mercurialis. Monatsh. f. prakt. Dermat., Hamb., 1898, xxvi, 194-196. — **Libby** (H. F.) A method of inserting gold fillings with the use of hand burnishers, as practiced exclusively for twenty years. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 169-188. — **Lincoln** (R. L.) The dentist as seen by his patients. Pacific Med.-Dent. Gaz., San Fran., 1898, vi, 68-70. — **Locke** (W. S.) Physical changes that take place in tissue under pressure. Dental Reg., Cincin., 1898, lii, 115-125. *Also :* Ohio Dent. J., Toledo, 1898, xviii, 130-139. — **Lund** (F. B.) The place of local anæsthesia in surgery. Internat. Dent. J., Phila., 1898, xix, 152-161. — **Luzzato** (M.) Un caso di emiatrofia della lingua. Boll. d. clin., Milano, 1897, xiv, 512-521. — **Mc Manus** (C.) One of the present needs of the profession ; a history. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl. 2 -27. — **Manz** (O.) Ueber regionare Cocainanästhesie. Centralbl. f. Chir., Leipz., 1898, xxv, 177-181. — **Martin** (G. S.) Antiseptics and germicides in dentistry. Dominion Dent. J., Toronto, 1898, x, 58-61. — **Miles.** A patient after excision of tongue for malignant disease. Tr. Med.-Chir. Soc. Edinb., 1896-7, n. s., xvi, 78. — **Miller** (A. G.) On the œtiology and treatment of glandular enlargements in the neck. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1898, xli, 97-105. — **Mingazzini e Lombi.** Paralisi unilaterale dei nervi cerebrali prodotte da tumore originatosi nell' antro di Highmoro. Bell. d. mal. d. orecchio, d. gola e d. naso, Firenze, 1898, xvi, 28. — **Minshall** (F. W.) A case of acute septicæmia. Brit. J. Dent. Sc., Lond., 1898, xli, 105. — **Moeser** (E.) Apparat zur Behandlung eines schweren Oberkieferbruches. Deutsche Monatschr. f. Zahnh., Leipz., 1898, xvi, 63. — **Moskovitz** (I.) Ketoldali primaer tonsillaris sanker esete [A case of primary chancre on both sides.] Orvosi hetil., Budapest, 1898, xlii, 83. — **Mumford** (J. G.) The medical and surgical treatment of hare-lip. Boston M. & S. J., 1898, cxxxviii, 198-201. — **Musmeci** (F.) Sull' uso del iodoformio per le cure asettiche delle cavità cariate e sulle otturazioni miste nelle carie profonda dei denti. Gior. di corrisp. p. dentisti, Milano, 1897, xxvi, 293. — **Neiswanger** (C. S.) The prominent causes of failure in the use of electricity in dentistry. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 9-13. — **Newcomb** (J. E.) Guaiacol as a local anæsthetic in minor operations on the nose and throat. Tr. Am. Laryngol. Ass., 1897, New York, 1898, 10-17. — **Oliver** (T.) Acute dilatation of the heart, occurring in the course of cancrum oris· Edinb., M. J., 1898, n. s., iii, 251-253. — **Ortuani** (A.) I diversi metodi di amputazione della lingua per epitelioma in confronto al metodo termogalvanico. Clin. chir., Milano, 1897, v, 412 ; 459. — **Ottolengui** (R.) Dental laws of the United States. Items Interest, N. Y., 1898, xx, 161-164, 1 map. — **Palmer** (H. B.) Notes of a case of cocaine poisoning. Lancet, Lond., 1898, i, 718. — **Pantaleone** (R.) Noma per sifilide. Clin. dermosifilopat. d. r. Univ. di Roma, 1897, 65-75. — **Parker** (C.C.) The administration of pure oxy-

gen in chloroform anæsthesia. Tr. Ohio M. Soc., Norwalk, 1897, 132-139. — **Pearsall** (W. B.) On the linear determination of the human tooth form. J. Anat. & Physiol., Lond., 1897-8, xxxii, 219-222. — **Pennington** (S. C.) Nitrous oxid. Dental Cosmos, Phila., 1898, xl, 18-20. — **Reardon** (T. J.) A unique case of edema of the superior surface of the soft palate. Boston M. & S. J., 1898, cxxxviii, 251. — **Richardson** (C. W.) A case of chronic abscess of the tongue. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 479. — **Rogers** (J.) The philosophy of exudative inflammation. Internat. Dent. J., Phila., 1898, xix, 65-76. — **Röse** (C.) Ueber den Einfluss der Bodenbeschaffenheit auf den Bau der menschlichen Zähne. J. f. Zahnheilk., Berl., 1898, xiii, no. 7. — **Roughton** (E. W.) The treatment of empyema of the autrum of Highmore. Treatment, Lond., 1897, i, 217. Empyema of the autrum of Highmore. Laryngoscope, St. Louis, 1898, iv, 159-163. — **Seligmann** (J.) Uebersichit über die Entwicklung der Zahn- und Kieferprothese bis in die neuere Zeit und kurze Angabe des Standpunktes derselben in der neuesten Zeit. J. f. Zahnheilk., Berl., 1898, xiii, no. 5. — **Siegel**. Weitere Mittheiungen über Uebertragungen von Maul und Klauenseuche auf Menschen. Hyg. Rundschau, Berl., 1898, viii, 184-88. — **Siegel** (E.) Ueber die Narcose. Aerztl. Prax., Würzb., 1898, xi, 49-52. — **Siklossy** (G.) Szemhéj és arczrák mütett esete. [A case of operation for cancer of the cheek and eyelid.] Orvosi hetil., Budapest, 1898, xlii, 83. — **Silk** (J. F. W.) The selection of the anæsthetic. Treatment, Lond., 1897, i, 124. Notes on the administration of nitrous oxide. *Ibid:* 316. — **Smith** (H. T.) The coagulation theory. Dental Reg., Cincin., 1898, lii, 101-109. — **Smith** (S. C.) Effects of various trades on the teeth. Dental Rec., Lond., 1898, xviii, 49-55. — **Snyder** (W. D.) That troublesome nerve, or painless dentistry. Ohio Dent. J., Toledo, 1898, xviii, 125-130. — **Somers** (L. S.) Pharyngitis herpetica associated with menstruation. Phila. M. J., 1898, i, 386. — **Spencer** (W. G.) Separation of oldstanding adhesion of the soft palate to the pharynx. J. Laryngol., Lond., 1898, xiii, 62. — **Stevenson** (N.) Diagnosis of empyema of the antrum. Brit. M. J., Lond., 1898, i, 554. — **Stwart** (D. D.) Concerning the blue-line in the gums in lead-poisoning. Tr. Coll. Phys., Phila., 1897, 3. s., xix, 74-91. — **Stillson** (H.) Spasmodic closure of the glottis in the adult. J. Am. M. Ass., Chicago, 1898, xxx, 467-469. — **Strassmann** (F.) Der Tod durch Chloroform in gerichtsärztlicher Beziehung. Berl. Klinik, 1898, Hft. cxvi, 1-17. — **Sudeck** (P.) Ueber Lokalanästhesie. Deutsche med. Wchnschr., Leipz. u. Berl., 1898, xxiv, 125. — **Taft** (J.) The influence and power of association. Dental Rev., Chicago, 1898, xii, 167-171.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MACHINES A VULCANISER

ET LES ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS

Notre aimable confrère M. J. Camoin, de Marseille, nous communique les documents suivants qui intéresseront certainement nos confrères. L'Association générale des dentistes de France s'est déjà préoccupée de cette question et elle en a saisi son conseil judiciaire. Nous y reviendrons prochainement.

ASSOCIATION GÉNÉRALE
DES DENTISTES
DU SUD-EST DE LA FRANCE

—

Marseille, le *Octobre* 1899

Monsieur

Chirurgien-Dentiste

à

Monsieur et honoré confrère,

Le décret du 30 avril 1880 nous impose l'obligation de faire la déclaration à la Préfecture de notre Département des machines à vulcaniser que nous employons. Sur mes instances, M. l'Ingénieur en Chef des Mines a bien voulu en retarder le délai.

Afin de vous éviter un procès-verbal, je me fais un plaisir de vous indiquer la formule de la déclaration et de vous informer que la Maison Vr J. WIRTH, 22 et 24, Avenue Philippe-Auguste à Paris, se charge du poinçonnage et des modifications.

Je profite de cette occasion pour vous parler de l'intérêt qu'il y aurait pour nous à nous syndiquer, en vue des charges imposées par la nouvelle loi du 9 avril 1898 et de la responsabilité vis-à-vis des tiers.

L'avantage serait d'obtenir un prix réduit en mettant en concurrence les meilleures compagnies (accidents). Je me permets de vous soumettre la question et, si vous désirez faire partie du groupe, veuillez remplir la feuille ci-jointe et me la retourner.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de mes sentiments distingués.

J. CAMOIN.

Déclaration de Appareil à Vapeur

Installé chez M. (Nom) (Prénoms)
Chirurgien-Dentiste, demeurant à Département
Rue N° .

1. Nom et domicile du vendeur. . . . }
2. Forme. . . . . Cylindre (marmite Papin)
3. Capacité . . . .
4. Surface de chauffe. . . . .
5. N° du timbre réglementaire . . . . . .
6. N° distinctif de chaque appareil. . . .
7. Genre d'industrie . . . . Vulcanisation du caoutchouc
8. Usage. . . . . Service calorifère
9. Date de la déclaration sur papier libre.

Signature,

A Monsieur le Préfet

du Département

à

Je soussigné, Nom Prénoms
Chirurgien-Dentiste demeurant à Rue
n° Déclare adhérer à la formation d'un Syndicat, afin d'obtenir une réduction sur la taxe d'assurance (accidents) conformément aux charges imposées par la loi du 9 avril 1898 et la responsabilité vis-à-vis des tiers.

1° Où est situé l'établissement ?
2° Quelle est l'industrie exercée ?
3° Quelles sont les matières premières employées ou ouvrées ?
4° Fabriquez-vous ou manipulez-vous des acides ?
5° L'établissement est-il neuf ?
6° Depuis quand le proposant est-il établi, locataire ou propriétaire ?
7° Quel est le nombre total d'employés occupés ?
8° Quel est le maximum et quel est le minimum des salaires journaliers ?
9° Le travail se fait-il à la main ou à la machine ?
10° Quel est le nombre et quelle est la désignation des appareils ?
11° Sont-ils munis de soupape, manomètre, poinçonnés ?
12° Où sont-ils placés ?
13° Travaille-t-on la nuit ?
14° Travaille-t-on les dimanches et jours de fêtes ?
15° Combien avez-vous eu de décès et d'invalides graves ?
16° Avez-vous été assuré ? A quelle Compagnie ?

Le soussigné déclare avoir répondu conformément à la vérité aux questions posées et s'engage à payer à la signature de la police

le 189

Signature

La Société garantit le contractant

En cas de décès	la totalité	des obligations de la loi du 9 avril 1898
En cas d'invalidité	la totalité	
En cas d'incapacité temporaire	la moitié à dater du 5me jour de l'accident.	

Pour les tiers

jusqu'à la concurrence de 10.000 francs par tête de tierce personne blessée isolément, et de 30.000 francs par accident atteignant plusieurs tierces personnes à la fois, pour chaque accident corporel qui pourrait être causé au préjudice de tierces personnes par le fait de l'exploitation de l'industrie assurée.

Adresser les demandes de renseignements et réclamations

à M. Jules CAMOIN, Chirurgien-Dentiste

1, Boulevard de la Madeleine. — MARSEILLE

RENSEIGNEMENTS SUR LES APPAREILS DE LA MAISON **J. WIRTH**, DE PARIS

Capacité appareil	**2**	moufles	**2137**	cmc
» »	**3**	»	**3315**	»
Surface de chauffe	**2**	moufles	**0.0703**	cmq
» »	**3**	»	**0.0989**	»

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

---

1 *Raison de santé*, **A CÉDER BON CABINET**, fondé depuis 19 ans, seul dans une *ville de l'Est*, très peu de frais, bonne clientèle, susceptible d'augmentation. Produit 12 à 13.000 francs. On demande 20.000 francs, dont moitié comptant. Ecrire à L. S. D. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (158-7)

---

2 **A CÉDER** tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées, seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix demandé, y compris l'installation très confortable : 8.000 fr., dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-7)

---

3 **A CÉDER,** à Arcachon, ville d'hiver et ville d'été, au milieu des pins et au bord de la mer, cabinet dentaire faisant 7 à 8000 francs. Conviendrait à dentiste ayant la poitrine faible et ayant besoin de repos, car le travail est facile. Prix 5000 francs comptant, installation comprise. S'adresser à Mme Duvignau, à l'Ecole Dentaire, ou à M. Dubourg, chir.-dent., à Arcachon. (168-4)

---

4 **MÉCANICIEN OPÉRATEUR**, *allemand*, âgé de 25 ans, connaissant bien toutes les branches de la profession, désire pour *octobre* ou *novembre* une place en *France*, de préférence à *Paris*. Ecrire à M. Speck, Berlin *N.*, Weissenbürgerstrasse, 70. (169-4)

---

5 *A céder*, ***APRÈS FORTUNE***, très bon cabinet dentaire dans ville importante de *l'Ouest*. — Recettes 30.000 fr. — Peu de frais. — Facilités. — *Très pressé.* — S'adresser à A. Gallet, 92, boulevard du Port-Royal, Paris. (170-3)

---

6 **CHAMBRES AVEC PENSION**, dans famille distinguée, *conviendraient à Elèves de l'Ecole Dentaire*, 53, faubourg Montmartre, Paris. (180-3)

---

7 Un **DIPLOMÉ** de l'*École dentaire de Paris* et de la *Faculté de médecine* demande place **OPÉRATEUR**, Paris ou Province. S'adresser M. G., 42, faubourg Montmartre, Paris. (181-2)

---

8 ***JEUNE DIPLOMÉ*** de l'École dentaire de Paris désire une place d'opérateur à Paris. Ecrire A. B. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (182-2)

---

9 **CHIRURGIEN-DENTISTE** de la *Faculté de Médecine de Paris*, **DIPLOMÉ ET CHEF DE CLINIQUE** d'une *Ecole dentaire de Paris*, s'offre comme associé ou pour diriger un cabinet à Paris. Ecrire aux initiales M. O. Monde dentaire, 9, rue de Londres, Paris. (183-2)

---

10 Un dentiste de Paris offre de prendre en **PENSION** un élève de *l'Ecole dentaire de Paris*. S'adresser à M. L. Levadour, 18, rue Papillon. (184-2)

---

11 **M. PERRIER-NÉDEY**, chirurgien-dentiste patenté, a l'honneur de prévenir MM. les docteurs et chirurgiens-dentistes établis en France, Algérie et Tunisie, qu'il se tient à leur disposition pour l'intérim de leur cabinet pendant leurs absences, maladies, etc., comme opérateur et mécanicien. Pour tous renseignements et conditions lui écrire à Marseille, boulevard Dugommier, 4. — Sur demande sa photographie sera envoyée. (185-2)

---

12 *A céder* : ***TABLEAU-ENSEIGNE POUR DENTISTE***, représentant deux têtes en cire, grandeur naturelle, prix exceptionnel. S'adresser à l'apparriteur de l'Ecole, 5 bis, cité Milton. (186-1)

---

13 **BON OPÉRATEUR**, *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande une situation à Paris. Ecrire à F. F. 18, rue Saint-Georges, Paris. (187-1)





Sous cette rubrique nous publions tous les documents de nature à intéresser nos lecteurs et nous nous tenons à la disposition des divers GROUPEMENTS PROFESSIONNELS *pour insérer toutes les communications qu'ils désirent porter à la connaissance du public professionnel.*

CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE 1900

RÈGLEMENT MODIFIÉ PAR LA COMMISSION D'ORGANISATION

dans l'assemblée générale du samedi 28 octobre 1899.

ART. 1er. — Un Congrès dentaire international, placé sous le patronage du Gouvernement français, aura lieu à Paris, en 1900, du 8 au 14 août inclus.

ART. 2. — Le droit d'admission au Congrès est fixé à 25 francs pour les membres titulaires, à 15 francs pour les membres participants. *Les adhérents au Congrès auront droit à tous les avantages des Congrès officiels.*

Les membres titulaires auront seuls droit au volume des comptes-rendus. Les Dentistes et fournisseurs pour Dentistes ne pourront être admis que comme membres titulaires.

ART. 3 — Les demandes d'admission devront être adressées au secrétaire général, le montant des cotisations au trésorier ; la commission prie instamment les adhérents qui désirent prendre part au Congrès d'envoyer leurs souscriptions le plus tôt possible.

ART. 4. — Les réunions auront lieu :

a) Pour les séances d'ouverture et de fermeture, dans une des salles du Palais des Congrès à l'Exposition.

b) Pour les séances ordinaires de communications, dans les salles de réunion des deux Sociétés odontologiques, 45 rue de la Tour d'Auvergne et 3 rue de l'Abbaye ;

c) Pour les séances de démonstrations, dans les salles d'opérations de l'Ecole dentaire de Paris et de l'École Odontotechnique.

ART. 5. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sont priés d'en avertir le secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre à leur avis le texte de leurs communications, contenant les conclusions de leurs travaux.

La commission fera traduire ces conclusions en français, en anglais, en allemand et en espagnol.

ART. 6. — Le Congrès sera divisé en plusieurs sections :

1° Anatomie. — Physiologie et histologie ;

2° Pathologie spéciale. — Bactériologie ;

3° Dentisterie opératoire et thérapeutique spéciale ;

4° Anesthésie générale et locale ;
5° Prothèse et orthopédie dentaires et restaurations faciales ;
6° Enseignement et historique de l'art dentaire ;
7° Législation, jurisprudence et déontologie ;
8° Hygiène. — Services dentaires publics ;
9° Démonstrations pratiques de prothèse ;
10° — — de dentisterie opératoire.
11° — — diverses. — Installations de cabinets d'opérations, de laboratoires, d'appareils électriques, comptabilité, etc.

Art. 7. — Les travaux du Congrès comprendront :

1° Des communications ; celles-ci seront de deux sortes :

a) Les unes proposées à l'avance par la commission d'organisation et devant faire l'objet de rapports ;

b) Les autres librement choisies.

Les communications seront en français, anglais, allemand, russe, italien ou espagnol ; les conclusions devront être en français.

2° Des démonstrations pratiques (opérations de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire, et présentations d'instruments nouveaux).

Art. — Le travail sera réparti de la façon suivante :

1° De 9 heures à midi, démonstrations pratiques ;

2° De 1 heure 1/2 à 3 heures, assemblées générales, dont le programme sera choisi par la commission.

Dans ces assemblées générales seront discutés les rapports et les communications choisies par la commission, ainsi que toutes choses intéressant la généralité des congressistes.

3° De 3 heures à 6 heures, travail des sections.

Art. 9. — Le résumé des communications pourra avoir une durée de 15 minutes ; le Président aura le droit, sans consulter l'assemblée, d'accorder une prolongation de 5 minutes, soit 20 minutes en tout. Ce temps écoulé, il sera nécessaire de consulter l'assemblée.

Art. 10. — Il sera accordé à chaque orateur 5 minutes pour la discussion, et 10 minutes avec l'assentiment du Président. Le même orateur ne pourra parler dans la discussion en cours, pendant la même séance, plus de 10 minutes, sans l'assentiment de l'assemblée. Les orateurs qui désireront prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance, en écrivant au secrétaire général.

Art. 11. — Tout travail qui serait publié autrement que par les soins du Congrès, avec l'assentiment de l'auteur, dans un délai moindre de 3 mois après la session, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus.

Art. 12. — Toutes les communications relatives au Congrès, demandes d'admission, désignation de questions, ouvrages manuscrits ou imprimés, etc., doivent être adressés au secrétaire général.

Art. 13. — Il est institué des sous-commissions ou comités chargés de s'occuper de chacune des trois parties de l'organisation générale ; administration, côté scientifique, réception.

L'organisation administrative comprend cinq comités : contrôle et vérification, presse, trésorerie, comptes-rendus, vœux.

L'organisation scientifique se divise en comités correspondant à chaque section.

L'organisation de la réception comprend 16 comités : fêtes, comité général français, allemand, américain, anglais, autrichien, belge, espagnol, grec, hollandais, italien, japonais, russe, scandinave, suisse, turc.

Chacun de ces comités nommera un Président et un Secrétaire.

Le Président, les vice-Présidents, et le Secrétaire général de la commission d'organisation font partie de droit de chaque comité.

Le Secrétaire général est l'intermédiaire entre les comités pour leurs relations en France et à l'étranger.

ART. 14. — Pour être membre du Congrès, il faut :

1° Avoir le droit d'exercice légal dans le pays d'origine ;

3° Exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame ou tout acte contraire à la dignité professionnelle.

3° Être agréé par le bureau national du pays d'origine, s'il en existe un, ou par le bureau de la commission d'organisation.

ART. 15. — Les femmes des congressistes, les étudiants en chirurgie dentaire, les médecins, les pharmaciens, les chimistes et, d'une façon générale, toutes personnes n'exerçant pas l'art dentaire, peuvent être admis par le Bureau de la Commission d'organisation, sur demande spéciale, à titre de membres participants.

Nota. — Les membres désireux de faire des démonstrations ou communications nécessitant une installation de matériel, sont priés de donner d'avance toutes indications à ce sujet (emplacement, électricité, gaz, etc.).

Adresser les adhésions, les communications, les demandes de renseignements, à M. le Docteur E. SAUVEZ, *secrétaire général*, 17, *rue de Saint-Pétersbourg, à Paris :*

Faire parvenir les cotisations à M. VIAU, *trésorier, 47, boulevard Haussmann, à Paris.*



Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

PROCÉDÉ INDÉLICAT.

Nous extrayons les passages suivants d'une lettre qui nous est adressée par l'un de nos confrères d'une petite ville de province.

Depuis quelque temps vient à X... un confrère plus qu'indélicat qui va voir les clients à domicile ; ceux dans la bouche desquels il trouve des dents obturées à l'amalgame, il les exploite indignement en leur disant sur le ton du plus profond intérêt : « Oh! oh! qu'est-ce qui vous a fait cela? On vous a perdu vos dents avec le mercure, on vous les a plombées au mercure, elles vont se réduire en miettes à l'intérieur, se casser et gâter toutes vos autres dents si vous ne faites refaire cela tout de suite ». Alors la plupart des clients plus ou moins épouvantés font déplomber leurs dents et réobturer soit à l'or soit avec un ciment, et le dentiste qui a fait le premier travail passe pour un voleur et un exploiteur.

. . . .

Ne trouvez-vous pas comme moi que ce confrère commet une escroquerie en agissant ainsi?

Evidemment ce confrère est malhonnête doublement, puisqu'il fait acte de mauvaise confraternité et que, spéculant sur la... naïveté de certains patients et sur l'effroi que peut leur inspirer le mot mercure, il les trompe sciemment sur la valeur incontestée des amalgames, lesquels constituent, quoi qu'il en dise, un excellent mode d'obturation, souvent le meilleur et n'ayant en tous cas aucun des inconvénients qu'il leur attribue faussement.

E. P.

LES SOCIÉTÉS DENTAIRES FRANÇAISES

Le *British Journal of dental science* publie ce qui suit:

SOCIÉTÉS DENTAIRES FRANÇAISES

Indépendamment des sociétés purement locales, les dentistes français semblent posséder un grand nombre de sociétés :

1. Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

2. Société d'odontologie de Paris.
3. Association générale des dentistes de France.
4. Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.
5. Société de l'École odontotechnique de France.
6. Société odontologique de France.
7. Association odontotechnique de France.
8. Syndicat des chirurgiens-dentistes patentés avant 1892 ou diplômés depuis.

On est quelque peu étonné de cette quantité considérable de sociétés et nous pensons qu'il serait bien difficile d'obtenir la cohésion nécessaire pour atteindre un but déterminé si chaque société a une catégorie distincte de membres et si leurs objets ne sont pas identiques. Si, au contraire, ils le sont, pourquoi les sociétés ne fusionnent-elles pas ? Peut-être un lecteur pourra-t-il éclairer notre ignorance à cet égard ?

Nous ferons simplement remarquer à notre confrère anglais que les 3 premières sociétés ne constituent qu'un groupement que nous appellerons du nom de son siège social : le groupement de la rue de La Tour-d'Auvergne ou de l'Ecole dentaire de Paris. Il en est de même des sociétés n°s 5, 6 et 7, qui constituent un groupement que nous désignerons également par le nom du siège social : le groupement de la rue de l'Abbaye ou de l'Ecole odontotechnique, autrefois Ecole dentaire de France. Seulement chacun de ces deux groupements peut être envisagé sous 3 aspects différents et a en réalité 3 rôles distincts : il contient un centre d'enseignement (école) et un établissement d'assistance publique (dispensaire) ; il possède une réunion scientifique (société d'odontologie ou odontologique) ; il compte enfin une association professionnelle s'occupant des intérêts de la corporation (association générale et association odontotechnique). Mais en réalité les diverses sociétés se composent des mêmes membres dans chaque groupement respectivement.

Quant aux deux syndicats, ils sont la conséquence directe et naturelle de la loi de novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, dont ils poursuivent l'application.

Maintenant, quant à cette fusion dont parle notre confrère d'outre-Manche, nous sommes de son avis et tout prêts à l'accepter, quand on voudra.

L'École dentaire de Paris jugée par un Anglais.

On lit dans le *Dental Record* d'octobre, p. 456.

A mon retour, en traversant Paris, je profitai de l'occasion pour visiter deux des trois écoles dentaires qui existent dans cette ville. La première que je vis, boulevard Saint-Martin, me causa une véritable déception. Elle est située en haut de quelques étages d'un

escalier étroit, dans une maison particulière. Six ou sept étudiants, et parmi eux une dame, travaillaient sous la direction de deux professeurs, et il ne semblait pas y avoir place pour un plus grand nombre d'élèves. Les étudiants portaient une blouse de toile, ce qui m'a semblé propre et qui leur donnait en même temps l'air d'ouvriers.

L'autre école, rue de la Tour-d'Auvergne, est une construction très bien aménagée. Elle contient plus de 100 fauteuils, des amphithéâtres pour les cours et des salles d'opérations, des laboratoires de bactériologie et de prothèse, un musée, une bibliothèque; en un mot, autant que j'ai pu en juger, c'est une belle école à tous égards. Je remarque qu'elle est ouverte le dimanche, aussi bien que les jours de semaine pour les extractions, etc. C'était l'époque des vacances, de sorte que je n'ai pas vu fonctionner le dispensaire ; mais j'ai entendu dire que c'est la meilleure école du continent et qu'il s'y trouve des étudiants de tous les pays d'Europe, excepté de l'Angleterre.

L'homme qui a fait le plus parmi tous ses compatriotes pour amener l'école à son état actuel de perfection est M. Ch. Godon, qui a travaillé pendant 20 ans à l'avancement de sa profession et qui est le directeur de l'établissement. Ce dévouement a été à la longue reconnu par le Ministre de l'Intérieur, qui l'a nommé chevalier de la Légion d'honneur. M. Godon mérite les félicitations de tous ceux qui ont à cœur le progrès de leur profession.





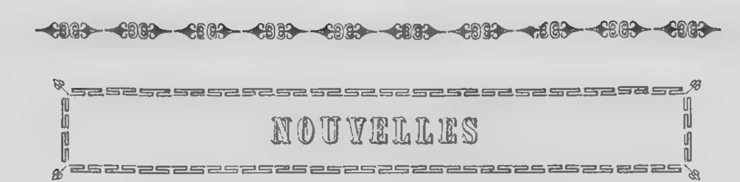
Fausses dents et dentistes.

Si extravagante que puisse paraître la chose, un journal anglais, dont les informations sont toujours puisées aux meilleures sources, nous apprend qu'elle est absolument exacte et qu'un râtelier en diamant a été livré, il n'y a pas bien longtemps, à un célèbre boxeur américain dont la plupart des dents de devant avaient été cassées au cours d'un assaut sensationnel.

A ce propos, le même journal rappelle que les Etats-Unis sont le pays où l'on compte le plus de dentistes. D'après une statistique récente, on ne fabrique pas moins de quatre millions de fausses dents par an là-bas. Annuellement aussi les dentistes se servent de 1.000 kilos d'or et de 3.000 kilos de plomb et de platine pour leurs opérations. La valeur de ces métaux dépasse 5.000.000 de francs. C'est aux Etats-Unis que se trouve, croyons-nous, le cheval portant un râtelier. L'animal, assez jeune encore, appartient à M. Henry Lloyd, de Louisville. Enfin, il paraît que c'est le sultan d'Hyderabad qui possède le plus riche râtelier, que lui a fait un dentiste de Madras. Il a coûté 18.000 francs.

(Gaz. méd de Paris.)

Nous ignorons à quelles sources le journal anglais a puisé ses renseignements, mais il nous semble que l'auteur de l'article ne s'est guère assuré de leur exactitude ; nous n'en voulons pour preuve que le passage concernant l'emploi de 1000 kilos d'or et de 3000 kilos de *plomb* et de platine pour les opérations pratiquées par les dentistes américains. Si par ce renseignement on juge des autres, on fera bien de n'accepter l'ensemble qu'avec une certaine réserve.



Musée de l'École Dentaire de Paris.

M. Lemerle, conservateur du Musée, nous communique la note suivante :

M. Michaëls, notre éminent confrère, vient de faire don au Musée de l'École Dentaire de Paris de toute la collection des appareils de prothèse immédiate, extra et intra-buccale, qu'il a imaginés et placés sur des malades opérés pour la plupart par le Dr Péan.

Parmi ces appareils uniques en leur genre, nous citerons :

Une restauration de l'extrémité supérieure de l'humérus (tuberculose osseuse) ;

Une restauration de la moitié inférieure du fémur (ostéomyélite) ;

Une restauration d'un maxillaire inférieur (carcinome);

Une restauration des deux maxillaires à la suite de l'ablation totale des os de la face (ostéofibromes) ;

Un appareil de contention pour la fracture du maxillaire inférieur ;

Une obturation d'une cavité sur un tibia atteint d'ostéomyélite ;

Une restauration du maxillaire inférieur par une armure métallique ;

Enfin un tube œsophago-pharyngo-trachéal.

Mme veuve Delalain nous a fait don de deux magnifiques tableaux contenant quatre têtes en cire de grandeur naturelle, représentant, avant et après l'opération, deux mutilés de la guerre de 1870 qui avaient perdu une partie de la face et que la prothèse est parvenue à restaurer à tel point que ces deux malheureux, objet d'une répulsion générale, ont pu vivre au milieu de leurs concitoyens et que l'un d'eux, encore vivant, a même pu se marier.

A ces deux tableaux Mme Delalain a joint une grande quantité de photographies encadrées et des clichés [1] représentant l'immense travail prothétique de feu son mari.

La direction du Musée adresse ici aux généreux donateurs l'expression de sa vive gratitude.

---

1. Nous donnerons prochainement des planches reproduisant ces clichés.

Réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris.

Les cours théoriques et pratiques ont recommencé à l'Ecole dentaire de Paris le lundi 6 novembre avec une grande affluence d'élèves.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 novembre.

La séance de distribution des récompenses aura lieu prochainement.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? Nº 86. — *Une dame très bien portante, âgée de 28 ans, s'était fait obturer une 1re grosse molaire inférieure droite, il y a 8 ans, à Aix-la-Chapelle. Depuis l'obturation, cette dent ne l'a jamais fait souffrir. Une seule chose l'incommodait: l'émail étant usé, une excavation s'était formée au niveau de la gencive et communiquait à la bouche une mauvaise odeur.*

J'enlevai l'obturation émaillée et mis à nu le canal distal; ce canal était infecté, mais il était impossible d'arriver à l'apex; je le désinfectai avec le formol. Lorsque je voulus rechercher les canaux mésiaux, il fut impossible d'y pénétrer plus loin que 2 ou 3 millimètres; mais en fraisant avec une fraise ronde, je m'aperçus que la dent laissait suinter du sang, j'épongeai, le sang revint, et plusieurs fois le même phénomène se produisit. On eût dit que c'était un os qui saignait.

Je parvins néanmoins, avec de l'alcool, à arrêter cette hémorrhagie. Je mis un pansement au formol. L'application fut douloureuse, mais cessa au bout de 4 à 5 minutes. 8 jours après, j'enlevai le pansement, l'hémorrhagie avait cessé complètement, le canal distal ne décelait plus aucune odeur; je l'obturai et je déposai par dessus les canaux mésiaux une pâte d'oxyde de zinc avec du formol. La même douleur se reproduit et disparaît après 5 minutes. Chose singulière, le formol ne produisait pas de douleur dans le canal distal; ce n'est qu'au niveau des canaux mésiaux qu'elle se produisait.

J'ai obturé la dent avec de la gutta-percha depuis un mois et depuis lors aucun phénomène ne s'est plus produit.

La dent doit avoir été coiffée, car les canaux n'étaient pas obturés, et j'ai retrouvé une substance noirâtre recouverte de gutta-percha. Le ciment recouvrait alors ce coiffage. — Quel est votre avis sur ce cas? L. Q.

☞ *Réponse.* — Il est très difficile de répondre à la question que vous posez sans avoir vu le cas qui fait l'objet de l'observation. Aussi ne peut-on que soumettre des hypothèses.

On pourrait peut-être admettre que le fond de la dent, dans le voisinage des canaux antérieurs, a été détruit par la carie ou par la fraise et la membrane péridentaire mise à nu au fond de la cavité, ce qui s'observe assez souvent, d'ailleurs. De cette façon l'hémorrhagie serait explicable, et la douleur à l'application du formol aussi.

Mais on ne peut faire que des hypothèses, car il est très difficile de se prononcer sur un cas sans l'avoir vu.

? Nº 87. — *Permettez à un modeste médecin de campagne, dentiste d'occasion, de vous demander conseil pour l'extraction des dents à couronne détruite et dont il ne reste guère que la racine.*

La plupart des auteurs que j'ai pu consulter conseillent d'introduire des daviers à mors minces et tranchants *assez profondément, entre la racine et l'alvéole; mais:*

1° Il faut un outillage spécial.

2° Eût-on cet outillage, il me semble impossible de passer entre la racine et l'alvéole sans briser ce dernier.

D'autres auteurs conseillent simplement *de comprendre une partie de l'alvéole entre les mors du davier, si c'est nécessaire pour avoir une prise solide. Mais ils ne*

spécifient pas si, au préalable, on doit ou non déchausser la gencive, parce qu'ils entendent sans doute se servir de daviers à mors tranchants.

Le Dr Bruneau enfin, dans son Guide de l'extraction des dents, *à* l'usage du médecin, *conseille, pour l'extraction de* toutes les racines, *de saisir tout,* gencive et alvéole, *d'écraser l'alvéole entre les mors du davier, puis d'extraire la dent dans un 2e temps.*

Ce procédé me paraît devoir être fort douloureux à moins d'anesthésie.

Je vous serais bien reconnaissant de me faire connaître votre préférence (l'emploi du pied de biche mis de côté et à défaut du davier à mors tranchants).

Vaut-il mieux employer l'écrasement de l'alvéole à travers la gencive, conseillé par Bruneau ou est-il préférable de déchausser avec un bistouri? *Dr B.*

☞ *Réponse.* — Il n'est pas nécessaire d'avoir un outillage spécial important pour faire ces extractions ; deux daviers à mors minces et tranchants suffisent :

1° Un davier à racines, forme dite *à baïonnette*, pour toutes les racines supérieures.

2° Un davier à racines, forme *bec de faucon*, pour les racines des dents inférieures.

Ces deux seuls daviers sont d'usage courant pour extraire les racines, à l'exclusion de tous les autres qui n'ont leur emploi que dans quelques rares cas.

Le levier ou pied de biche est destiné à les compléter lorsque la racine est extrêmement friable ou lorsqu'il n'en reste plus que le bord externe.

Au sujet du mode opératoire : vous glissez entre la racine et l'alvéole ; le bord alvéolaire s'écarte si vous exercez une pression suffisante ; il est possible qu'il se brise : cela n'a aucune importance ; contentez-vous alors d'enlever l'esquille osseuse : aucune complication à craindre si vous opérez d'une manière aseptique.

Je crois qu'il faut délaisser l'extraction en plaçant les mors du davier en dehors du bord alvéolaire — sus ou sous-gingival, peu importe — car il vous faudrait un outillage plus complet et vous auriez souvent des échecs ; à la rigueur vous pourriez employer les deux daviers que je viens de vous signaler comme daviers alvéolaires. Contentez-vous plutôt d'opérer de la façon habituelle avec les deux daviers à racines que je vous indique. Le pied de biche coûte 5 ou 6 francs.

? No 88. — 1° *Quelles mesures hygiéniques sont prises dans les écoles de Paris, en vertu des règlements respectifs ou spontanément, comme précautions contre la carie et les autres maladies de la bouche?*

2° *Quels sont les ouvrages publiés sur ce sujet?*

3° *Quels conseils donner à cet égard?*

☞ *Réponse.* — 1° On ne fait rien ou presque rien dans les écoles de Paris pour lutter contre la carie. M. Godon avait proposé, il y a quelques années, d'organiser, dans les écoles d'enseignement primaire, un service régulier d'inspection dentaire. Ceci a été adopté, mais jamais exécuté. Il a repris la proposition dans le 8e arrondissement, qui a organisé un service, encore bien rudimentaire. Vous avez tous ces renseignements dans *L'Odontologie*, de 1895 notamment.

Les établissements d'enseignement secondaire (lycées, collèges, etc.) ont leur dentiste qui vient visiter la bouche de leurs élèves et les soigne s'il y a lieu.

2° Je ne connais pas d'ouvrage traitant spécialement de la prévention de la carie. Tous les classiques en disent toutefois quelques mots.

3° Je crois qu'on peut prévenir en grande partie les désordres de la carie en :

a) Imposant aux patients la pratique journalière d'une hygiène buccale rationnelle.

b) En soumettant à une inspection semestrielle la bouche des enfants dès l'âge de 4 ans, inspection faite par un chirurgien-dentiste et continuée chez les adultes de façon à reconnaître et à traiter dès le début les dents atteintes de carie.

19e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

FÊTE DE RÉOUVERTURE DES COURS

Pour la 20e fois l'École dentaire de Paris a rouvert ses cours et distribué ses récompenses aux lauréats et ses diplômes aux élèves dont les études sont achevées. Cette solennité, qui a eu lieu avec le même cérémonial que les années précédentes, était présidée cette fois par M. le professeur S. Pozzi, sénateur, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Les dispositions intérieures et la décoration étaient sensiblement les mêmes qu'en 1898, c'est-à-dire qu'un goût parfait y avait présidé, qui fait honneur aux organisateurs de cette fête de famille.

Sur l'estrade avaient pris place M. Pozzi ; M. le Dr Cunéo, directeur du service de santé de la Marine ; M. Godon, directeur ; M. Martinier, directeur-adjoint ; MM. les Drs de Gennes et Jullien ; Dr Queudot et Hivert, de l'Ecole odontotechnique ; Ducuing et Pinard, adjoints aux maires des VIIIe et IXe arrondissements ; les membres du bureau du Conseil d'administration et du corps enseignant. La presse était représentée par des rédacteurs du *Petit Journal*, du *Radical*, du *Progrès médical* etc. Une très nombreuse assistance, dans laquelle se faisaient remarquer beaucoup de jolies femmes aux fraîches toilettes, encadrées par les 185 élèves de l'Ecole, avait peine à tenir dans la grande salle de dentisterie opératoire, pourtant si vaste, surtout depuis les derniers agrandissements.

A 9 heures précises le Président donne la parole à M. le Dr Sauvez, secrétaire général, qui fait part des excuses de MM. Brouardel, doyen de la faculté de médecine ; Labbé Cornil et Strauss, sénateurs; Lecaudey et Poinsot directeurs honoraires ; Mesureur, Chautemps et Berry, députés ; Général Brugère, gouverneur militaire de

Paris; Monod, directeur au ministère de l'Intérieur; Dr Hérard, membre de l'Académie de médecine; Dr Thierry, professeur à la Faculté de médecine; Evellin, inspecteur d'Académie; Cornet et Desplas, conseillers municipaux; Générès, chef de bureau; Huguet, ingénieur; le Directeur de l'asile de Vaucluse; Serres, professeur à l'Ecole; Didsbury, etc.

Puis, M. Godon, directeur, prononce un discours très étudié dans lequel il définit l'enseignement supérieur libre, montre le rôle de l'Ecole dentaire de Paris comme établissement donnant cet enseignement et invite les élèves et leurs professeurs à travailler à l'abri de cette institution devenue si prospère.

M. le Dr Roy, dentiste des hôpitaux et professeur à l'école, fait alors une conférence tres intéressante et très complète sur l'histoire de la thérapeutique dentaire, qu'il prend tout à fait à ses débuts, en en montrant le développement progressif. Il émaille sa causerie de citations et d'épisodes divertissants et recueille de nombreux applaudissements pour l'érudition dont il fait preuve dans cette étude qui constituera une contribution importante à l'histoire de la dentisterie.

M. le Dr Sauvez succède à M. Roy et lit son rapport de secrétaire général, qui lui vaut le plus grand succès. Dans ce morceau véritablement de choix, M. Sauvez a eu l'heureuse inspiration de rompre avec les traditions en usage et d'introduire une note toute personnelle, celle de la bonne humeur et même du badinage de bon goût qui forment le fond de son caractère. Il a trouvé avec ingéniosité l'art de faire écouter parfois de simples énumérations, d'autres fois des chiffres arides, en leur donnant une saveur particulière. Aussi indépendamment des bravos qui l'interrompaient fréquemment une triple salve d'applaudissements salue-t-elle longuement la fin de ce document que liront encore avec plaisir ceux qui l'ont déjà entendu.

M. le président Pozzi, dans une heureuse improvisation, explique les raisons de sa sympathie pour l'institution qu'il connaissait déjà, mais qu'il n'avait pas encore visitée : ses fondateurs ont fait œuvre d'initiative, ils ont rendu service à l'enseignement ; ils font également œuvre d'assistance et enseignent ainsi la solidarité et la fraternité. Ce sont là des titres qui méritent à ses yeux l'appui qu'il promet à un établissement si plein de vitalité. Les paroles de M. Pozzi sont couvertes d'applaudissements répétés.

M. Godon s'exprime ensuite en ces termes :

Tous les ans le Conseil d'administration exprime sa reconnaissance au corps enseignant dévoué et si désintéressé de cette école en remettant une médaille d'or à l'un de ses membres.

Le choix du Conseil s'est porté cette année, après l'avis de la commission d'enseignement, sur M. le professeur de dentisterie opératoire Richard-Chauvin *(Vifs applaudissements.)*

Richard-Chauvin, est vous le savez, un des ouvriers de la première heure de cette maison.

Il y a, depuis vingt ans, rempli avec le plus complet désintéressement des fonctions aussi multiples que variées tant dans le corps enseignant que dans l'administration des diverses sociétés qui forment le groupement de l'Ecole dentaire de Paris. Je ne vous citerai que ses titres principaux : Membre du premier comité d'organisation nommé par le Cercle des dentistes de Paris en 1879 pour la fondation de cette école, il fut, quoique déjà bon praticien et pour donner l'exemple, élève diplômé de la 2e année ; puis entrant dans le corps enseignant comme démonstrateur en 1882, il fut tour à tour chef de clinique, professeur suppléant et enfin professeur titulaire de dentisterie opératoire, poste qu'il occupe depuis 1890, et il n'a cessé de remplir ces diverses fonctions à la satisfaction de tous.

Dans l'administration de nos sociétés il a été successivement vice-président, puis président du Cercle des dentistes de Paris en 1882 ; membre du Conseil d'administration de l'Ecole depuis 1883 ; membre du Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France ; membre du comité de rédaction du Journal *L'Odontologie* ; membre du Comité d'organisation des Congrès dentaires internationaux de 1889 et de 1900, vice-président de la société d'Odontologie de Paris, où il a fait si souvent de si intéressantes et savantes communications ; et enfin président du Comité central du 5e Congrès dentaire international.

J'en passe et des meilleurs, aussi je suis heureux que mes fonctions de directeur de cette école me procurent le plaisir de remettre, au nom du Conseil d'administration de l'École, à mon vieil ami le professeur Richard-Chauvin cette médaille d'or en reconnaissance des nombreux services qu'il a

rendus à la cause de l'enseignement et du relèvement de notre profession.

La remise de cette récompense provoque de nombreux bravos qui vont droit à l'âme du distingué professeur de dentisterie opératoire et qui lui montrent une fois de plus que son enseignement est hautement apprécié.

M. Godon prend de nouveau la parole en ces termes :

M. le professeur Pozzi est obligé de nous quitter avant la fin de cette fête ; qu'il me permette de lui remettre dès maintenant, au nom du Conseil d'administration de cette École, cette médaille en souvenir de sa présidence de notre 20e séance de réouverture des cours et pour le remercier de la grande preuve de sympathie qu'il vient de nous donner en consentant ainsi à prendre place dans le Comité de patronage de l'École Dentaire de Paris.

Aux applaudissements de l'assemblée, M. Godon fait remise de cette médaille commémorative à M. le professeur Pozzi, qui remercie avec effusion.

Il est procédé à ce moment à la lecture du palmarès par M. Papot, président de la Commission scolaire, ainsi qu'à la distribution des prix aux lauréats et des diplômes aux élèves de la dernière scolarité.

Cette distribution terminée, M. Papot s'exprime ainsi :

En vous donnant connaissance de ce long palmarès et en constatant avec un vif plaisir combien, cette année, la moyenne des notes s'est accrue, la Commission scolaire regrette de n'avoir pas à sa disposition un plus grand nombre de récompenses pour les plus méritants de nos élèves.

Au nom de l'Ecole Dentaire de Paris, elle adresse de chaleureux remerciements à M. le Ministre du Commerce, ainsi qu'à M. le Préfet de la Seine, dont les prix sont d'autant plus appréciés de nos lauréats qu'ils revêtent un caractère officiel — à notre vénéré doyen M. Lecaudey et aux maisons de fournitures :

Ash et fils — Cornelsen — Joubert et Cie — Billard-

Lemaire — Mamelzer et fils — Société chimique des usines du Rhône. — Société française de fournitures dentaires. — Reymond frères — Victor Simon et Cie — White (de Philadelphie), dont l'habituelle générosité ne se dément pas. — Exprimons le vœu que leur exemple devienne contagieux et que, l'an prochain, nous ayons la joie de récompenser plus largement encore un plus grand nombre de laborieux élèves.

Quant à vous, diplômés d'aujourd'hui, nous ne vous disons pas adieu, mais au revoir.

Vos études ici vous ont préparés à des travaux personnels ; poursuivez-les et apportez-en la contribution à notre Société d'Odontologie.

Vos professeurs d'hier seront heureux de vous y accueillir en confrères, en amis *(Applaudissements.)*

La partie officielle de la cérémonie a pris fin. Les assistants peuvent alors tout à loisir entendre divers morceaux de musique exécutés par un excellent orchestre, habilement dirigé par M. Hauser, et se répartir autour des quatre buffets disposés dans différentes parties de l'établissement. Beaucoup profitent de l'occurrence pour examiner en détail les collections du riche Musée de l'École, que les tentures permettent de voir en partie, et c'est seulement vers minuit que les derniers invités quittent cette agréable réunion confraternelle en s'y donnant de nouveau rendez-vous pour l'année prochaine.

P. S. — Nous donnerons dans le prochain numéro le texte des discours prononcés, ainsi que le Palmarès.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

BUREAU POUR L'ANNÉE 1899

MM. **Lemerle**, ✿, *président*.
Dr **Sauvez**, *vice-président*.
L. Richard-Chauvin, ✿, *vice-présid*.

MM. **Choquet**, *secrétaire général*.
Jeay, *secrétaire des séances*.
Dr **Pitsch**, *secrétaire des séances*.

MM. **Meng** ✿.
Touvet-Fanton.
} *Administrateurs délégués par le Conseil de Direction de l'Ecole Dentaire de Paris.*

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey et Poinsot.**

Les réunions de la Société ont lieu le premier mardi de chaque mois.

Association Générale des Dentistes de France

CONSEIL DE DIRECTION pour l'année 1899

BUREAU

M. **d'Argent**, ✿, *président*.

MM. **Richard-Chauvin**, ✿, *vice-président*.
Coignard, *vice-président*.
De Marion, ✿, *secrétaire général*.

MM. **Prével**, ✠, *secrétaire adjoint*.
Rollin, ✿, *trésorier*.

PRÉSIDENTS HONORAIRES : MM. **Lecaudey Em.** ✵, ✿, **Poinsot** ✿.

MEMBRES DU CONSEIL

PARIS

MM. **Billet, Claser** ✠, **Godon** ✵, ✿, **Lemerle**, ✿, Dr **Maire, Devoucoux, Martinier**, ✿, **Ed. Papot**, ✿, **Paulme, Stévenin, Viau, I.** ✿.

PROVINCE *(Nord-Est)*.

Audy (Senlis), **Chouville** (Saint-Quentin).

Sud-Est.

MM. Dr **Martin**, ✵ (Lyon), **Schwartz** ✿ (Nîmes).

Nord-Ouest.

Coignard (Nantes), **Richer** (Vernon).

Sud-Ouest.

Douzillé (Agen), **Torres** (Bordeaux).

MEMBRES HONORAIRES

MM. **Aubeau** (Dr) ✿, **Berthaux, Debray** père, **Dugit** père, **Dugit (A.), Gardenat, Pillette, Wiesner**, ✵, ✿.

COMITÉ SYNDICAL

MM. **Stévenin**, *président* ; **Devoucoux**, *secrétaire*; **Billet, De Marion, Papot.**

CAISSE DE PRÉVOYANCE

MM. **Billet, Devoucoux, Papot, Rollin, Stévenin.**

Tous les dentistes, médecins, fournisseurs pour dentistes, désirant faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, de la Société d'Odontologie de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, remplissant les conditions stipulées aux statuts, devront adresser une demande d'admission au Président, contresignée de deux membres de la Société.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège de l'Ecole dentaire de Paris 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

AVANTAGES OFFERTS AUX MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Service gratuit de *L'Odontologie.*

Conditions particulières consenties par la Cie d'assurances l'*Union* :
15 0/0 de réduction avec faculté de résiliation annuelle.

Conditions avantageuses consenties par le Syndicat Français, 131, boul. Sébastopol, pour le recouvrement des honoraires.

Conditions spéciales consenties par **M. Vinsonnaud**, attaché au service « *Accidents* » de la Compagnie d'assurances « *La Foncière-Transports* ».

1re annuité, réduction de **7 0/0** à l'intéressé.
— versement de **3 0/0** à la Caisse de secours de l'Association.



Travaux Originaux

DE L'INSENSIBILISATION DENTINAIRE CATAPHORÉTIQUE

par M. Ch. Weber,
Démonstrateur à l'École Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 4 juillet 1899.)

L'art dentaire a enfin admis définitivement l'électricité à prendre place dans sa thérapeutique.

Les praticiens et les malades peuvent saluer avec reconnaissance ce nouvel effort fait pour la suppression encore plus complète des souffrances dentaires, opératoires ou non. Ils y trouveront l'un et l'autre les avantages naturels résultant d'opérations faites avec d'autant plus de soins et de succès qu'elles se pratiquent avec plus de sang-froid et se subissent avec plus de patience.

Dernièrement ici, à cette Société, nous avons entendu un travail étendu sur l'électrothérapie dentaire, qui nous montrait ce que nous pouvons attendre de l'emploi du courant galvanique dans le traitement de certaines affections buccales et dentaires.

Ce premier pas franchi vers l'évolution scientifique de cette méthode, la dégageant et de l'empirisme où elle était restée jusque-là par ignorance et de son état stationnaire par l'indifférence apportée à son étude, dans le modeste travail que nous avons l'honneur de vous communiquer, nous avons essayé de traiter un chapitre de l'électrothérapie dentaire : l'insensibilisation dentinaire et pulpaire.

Vous n'ignorez pas sans doute combien de fois ce problème a été mis à l'ordre du jour des sociétés dentaires de

tous les pays, combien il a occupé de praticiens s'efforçant d'arriver à un résultat effectif et à quel nombre de procédés et de formules il a donné naissance, tous aussi variés et disparates dans leur composition, qu'inconstants dans leurs effets.

C'est à l'électrothérapie qu'il a fallu nous adresser pour obtenir un résultat constant dans l'insensibilisation dentinaire. Tout le monde se rappelle les premières expériences cataphorétiques du Docteur Fauveau de Courmelles en France.

Telle que nous pouvons la concevoir avec nos connaissances actuelles, la cataphorèse est la pénétration de substances médicamenteuses en dissolution au moyen du fluide électrique qu'on fait passer au travers des tissus de l'économie. L'action de ces substances se fait sentir à une plus ou moins grande distance suivant la résistance et l'état de ces tissus.

Bien que je ne veuille point traiter ici le point historique de la question, je dois dire que ce phénomène avait été porté à notre connaissance dès 1860 par un dentiste américain, Oliver, qui se servait du courant électrique comme un moyen de suppression de la douleur opératoire. Il écrivait ceci : « Si l'application en est bien faite, le courant électrique est un analgésique local dans la plupart des cas et d'une action plus constante et plus uniforme que n'importe quel agent à notre portée actuellement, localement ou autrement. » Il s'étendait ensuite sur la technique opératoire et faisait la description de certains appareils dont il se servait pour ses expériences.

L'anesthésie électro-dentaire était donc non seulement découverte à cette époque, mais donnait des résultats. Comment comprendre alors qu'il ait fallu près de 35 années pour que ce mode thérapeutique ait fait son apparition définitive dans notre pratique journalière? Combien de temps, de mal, de souffrances eussions-nous épargnés si nous avions cru immédiatement aux services que pouvaient rendre les effets de cet agent physique en contact avec les tissus vivants.

Peut-être la cocaïne fut-elle une des causes de cette indifférence, si nous en jugeons par les éblouissants progrès que faisait chaque jour l'emploi de cette substance analgésique en art dentaire ? Avec quelle joie et quelle reconnaissance cette eau du Léthé fut-elle accueillie par nos patients à qui nous avions à faire cette opération si redoutée de l'extraction des dents !

Il fallait bien que cette suppression de la douleur répondît vraiment à une nécessité impérieuse que la civilisation moderne réclamait de la science. Autant les résultats que donnaient la cocaïne et ses dérivés étaient satisfaisants dans les opérations chirurgicales sanglantes, autant ils étaient relatifs et superficiels, appliqués pour l'insensibilisation de la dentine et de la pulpe. L'absorption était très lente, ne se faisait que difficilement et n'atteignait jamais l'organe pulpaire.

Ce n'est donc que dans les dernières années qu'on eut l'idée de reprendre les expériences d'anesthésie électro-dentaire en se servant des composés cocaïniques.

Le moyen réussit presque au delà des espérances : on était parvenu à vaincre une de ces subtilités dont la nature se plaît à hérisser souvent ses admirables créations. En effet on arrivait à anéantir la sensibilité des fibrilles dentinaires, émanations nerveuses de la pulpe, sans que la vitalité de cette dernière en fût affectée.

Mais je ne crois pas que les premières expériences faites avec ce procédé ne furent point préjudiciables à la pulpe, car il me semble bien difficile d'admettre qu'un organe d'une sensibilité aussi exquise que la pulpe dentaire et d'une circulation aussi précaire puisse docilement s'accommoder d'un courant de 25 milliampères et de solutions cocaïniques à 30 et 40 0/0.

Phénomène de la cataphorèse. — Nous ne sommes pas encore capables d'établir d'une façon suffisamment précise quel est ce phénomène électro-thérapeutique. Le mot cataphorèse est lui-même inexact et insuffisant : inexact en ce que le courant allant normalement du pôle positif au

pôle négatif et l'action se faisant par conséquent au pôle positif ou anode, le mot d'anaphorèse était tout indiqué, d'autant plus que dans la majorité des cas nous nous servons de substances électro-négatives, c'est-à-dire dont l'action se localise à l'électrode positive conformément à la loi bien connue que les pôles de nom contraire s'attirent; insuffisant, parce que le mot venant de deux particules grecques cata = chute et phorein = transporter n'indique qu'incomplètement l'action de la cataphorèse, qui est de transporter un médicament dans les tissus par le courant électrique.

La cataphorèse est donc basée sur ce fait qu'un médicament, appliqué sur un tissu ou organe au travers duquel on fait passer un courant électrique, pénètre et impressionne ce tissu plus profondément que si l'application de ce médicament eût été pure et simple.

On chercha à connaître l'intimité de cette action électrothérapeutique au double point de vue du médicament et du tissu. Etait-ce une inhibition de la réaction sensitive par polarisation des tissus ou bien une osmose électro-dentaire, ou bien encore un phénomène électrolytique?

Je ne serais pas éloigné de croire que le phénomène de la cataphorèse fût une action combinée de ces trois états.

1° *Théorie. Action polaire.* — Les expériences d'Oliver et de beaucoup d'autres semblent montrer que l'action inhibitive du courant électrique seule est réelle. On a cherché alors à savoir pourquoi l'action polaire d'un courant continu était anesthésique et on est arrivé à établir (Nuswanger) que le pôle positif était acide, sédatif et hémostatique et le pôle négatif alcalin, hypersensible et hémorrhagique.

L'emploi du courant normal aurait donc une action sédative ou calmante. — Sur ce point le champ expérimental reste ouvert. On est bien arrivé à prouver que la substance nerveuse est normalement neutre ou faiblement alcaline et que par suite d'un travail exagéré elle devient acide. La physiologie nous démontre aussi qu'à mesure

qu'un muscle devient acide il perd de sa contractilité. — Le courant électrique alors, par suite de la stimulation qu'il donnerait au nerf, provoquerait son acidité et par suite préparerait la mort de ce tissu, d'où insensibilisation.

Mais alors un problème surgit, celui de savoir si, pour l'insensibilisation, cette stimulation donnée à la pulpe ne pourrait pas lui être nuisible en raison de l'intensité de courant qu'il faudrait certainement augmenter pour arriver à cet effet. N'aurions-nous pas à craindre alors des mortifications pulpaires si l'action polaire seule était en action? Je le crois et pour ma part je ne risquerai pas l'expérience du fait.

2° *Théorie. Osmose électro-dentaire.* — Ce fut Perret qui démontra le premier l'action osmotique du courant galvanique. Il fit pour cela l'expérience suivante : il prit deux vases séparés en deux par une paroi poreuse et les remplit chacun avec la même quantité de liquide, puis plaça l'électrode positive d'un arc voltaïque dans le liquide d'un des vases et l'électrode négative dans l'autre. Quand il fit passer le courant il remarqua que le liquide s'élevait d'un côté dans le vase, tandis qu'il baissait dans l'autre d'une même quantité : le phénomène était une osmose électro-physique. On remarquait que cette dernière était d'autant plus manifeste que le liquide était pauvrement conducteur.

3° *Théorie. Électrolyse.* — En dehors de l'action osmotique des médicaments employés par la voie électrique, il est incontestable qu'il doit également se manifester une action électrolytique dans beaucoup de cas, ou une décomposition électro-chimique de la solution employée.

Dans une solution médicamenteuse, certaines de ses parties constituantes sont attirées vers le pôle positif, tandis que d'autres se déposent au pôle négatif et inversement.

Ainsi par exemple l'iodure de potassium est transporté dans l'organisme intégralement par le courant renversé, c'est-à-dire celui qui va du pôle négatif au pôle positif, tandis que le courant normal lui fait subir une décomposition en

iode pur se dirigeant vers le pôle négatif et en potasse restant au pôle positif.

Une application montrant d'une façon plus nette cette action électrolytique est la décoloration ou blanchiment des dents. Ce résultat est dû, vous le savez, à l'oxydation du contenu des tubulidentinaires, c'est-à-dire au déplacement de l'hydrogène par l'oxygène du peroxyde employé.

Enfin citerai-je à l'appui de cette troisième théorie, bien que cela soit un peu en dehors de l'application spéciale, électro-thérapeutique que j'ai voulu traiter ici, les expériences du Dr Bethel, consistant dans la galvanisation par électrolyse des parois des canaux dentaires infectés, à l'aide d'une solution de nitrate d'argent?

Beaucoup d'auteurs américains et allemands pensent que le phénomène de la cataphorèse est entièrement dû à une action électrolytique. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, attendu qu'il n'est pas encore possible de contrôler d'une façon positive les arguments qu'ils apportent à l'appui de leur thèse.

Technique opératoire. — Le manuel opératoire de la cataphorèse se divise en cinq stades, dont trois peuvent être appelés stades préliminaires à l'opération :

1° Préparation de la solution.
2° Isolément de la dent et de la cavité.
3° Position des électrodes.
4° Passage du courant.
5° Durée de l'opération.

Préparation de la solution. — C'est un point de la technique opératoire d'une importance que nous considérons comme très grande, car les dangers les plus graves qu'offre la cataphorèse ne sont dus qu'au titre de la solution.

Vous vous rappelez cet accident de toxicité qui arriva en Amérique, pour ne citer que celui-là. C'était pour l'extraction d'une pulpe ; les stades préliminaires à l'opération semblaient avoir été scrupuleusement observés, tout au moins en ce qui concernait l'isolement de la dent qui avait été rendue très difficile par la situation sub-cervico-gin-

givale de la cavité. On mit par deux fois une boulette de coton imbibée d'une solution de cocaïne à 30 o/o et l'on fit passer un courant de cinq milliampères pendant 17 minutes. A peine ce temps écoulé, la malade ressentit une anesthésie prononcée à l'extrémité des doigts de la main tenant l'électrode cathodique, puis une raideur des membres et des troubles cardiaques par intoxication cocaïnique.

Cela ne vous rappelle-t-il pas les débuts de la cocaïne et les nombreux cas d'intoxication qui se multipliaient par l'emploi de doses invraisemblables auxquelles on l'injectait ?

Disposant d'un moyen facilitant la pénétration de l'alcaloïde dans les tissus, on devait abaisser presque aux doses classiques injectables les solutions qu'on employait naguère aux simples applications.

Tant pour l'extirpation pulpaire que pour l'anesthésie dentinaire il n'est pas nécessaire de se servir de hautes doses. Pour l'anesthésie pulpaire on peut craindre avec des solutions à un pourcentage élevé un passage plus rapide dans l'organisme en raison d'une moins grande résistance; pour l'anesthésie dentinaire on peut craindre d'impressionner défavorablement l'organe pulpaire auquel on doit garder toute sa vitalité. Cet organe cependant est suffisamment protégé par la résistance qu'offrent les tubuli au courant électrique, ce qui rend d'ailleurs l'absorption du médicament plus lente.

Nous avons fait une série d'expériences récentes avec des solutions à 5 o/o et à 10 o/o et nous avons obtenu de très bons résultats avec quelques dixièmes de milliampères au moins et 2 milliampères au plus. Et je ne suis pas éloigné de croire que le titre de cette solution pourrait encore être abaissé.

Dans certains cas où la cruauté de l'opération doit faire désirer une anesthésie plus complète, comme pour l'extirpation pulpaire, par exemple, il suffit de renouveler le coton imbibé dans la même solution, le courant élevé à 3 milliampères et quelques dixièmes pendant dix minutes.

Composition de la solution. — Nous savons que la chaleur facilite beaucoup le passage du courant; aussi est-il préférable d'employer les solutions chaudes.

J'adjoins également à ma solution, ainsi que le conseille Fogg, du chlorure de sodium dans la proportion de 10 0/0. Il y a probablement formation d'acide chlorhydrique facilitant le passage du courant.

Je me sers aussi de cette solution chaude saline à 10 0/0 pour humecter l'électrode extra-buccale.

Les solutions anesthésiques dont je me suis servi sont toutes à base de cocaïne, mais je me propose d'employer d'autres alcaloïdes dont la toxicité est moindre.

(A suivre).



L'ART DENTAIRE CHEZ LES ARABES

LA CHIRURGIE D'ABULCASIS.

Par M. Georges Gross,
Chef de Clinique à l'École Dentaire de Paris.

De la place favorisée où le progrès a placé l'homme contemporain, à l'heure où les découvertes les plus fécondes peuvent être attendues, doivent être espérées même, il est intéressant de jeter un coup d'œil sur le chemin parcouru et de suivre depuis les origines la voie étroite qui nous a conduits aux sommets actuels.

Parmi les différentes sciences l'art dentaire n'a point d'emblée atteint le degré de méthode et de précision scientifique que nous lui voyons en ce moment. Fauchard, Bourdet, dont les noms frappent les premiers nos oreilles, furent les précurseurs de l'époque actuelle ; ils recueillirent le fruit des travaux de leurs aînés, qu'ils surent nous transmettre augmentés et modifiés par leur génie personnel. Leur savoir a comme sources les premiers documents que nous révèle l'histoire.

Je ne veux point dans cette courte note remonter aussi haut et aborder l'étude de sujets qui ont déjà été traités d'une façon magistrale par le Dr David dans sa conférence de réouverture des cours et surtout par le Dr Thomas, l'éminent bibliographe, dans sa brochure sur « l'Odontologie dans l'antiquité[1] ». Dans cette dernière œuvre notre regretté confrère nous donnait le résultat de ses recherches dans les ouvrages grecs et latins ; il avait compulsé les œuvres des grands médecins de l'antiquité : Hippocrate, Galien, Aétius, Celse, et avait recueilli leurs opinions sur le point tout spécial qui

1. *L'Odontologie*, septembre 1885.

nous occupe. Après avoir jeté un coup d'œil sur les médecins byzantins, il allait entreprendre l'étude des médecins arabes — les dernières phrases de sa brochure en témoignent — lorsque la mort est venu interposer son cruel veto. Nous sera-t-il permis d'apporter notre modeste pierre à l'édifice qu'il avait entrepris ?

*
* *

Sous les coups des Barbares, au milieu de mœurs dissolues, l'Empire romain s'effondre ; les sciences grecques et latines vont-elles disparaître avec lui ? Non, car un peuple oriental, jeune, avide de s'instruire, entre en scène et pendant cinq siècles, du VII[e] au XII[e] siècle, détient le flambeau de la civilisation échappé des mains des peuples occidentaux. Les Arabes recueillent aux sources la science grecque, se l'assimilent, la développent et la transmettent ensuite aux chrétiens du Moyen-âge, formant ainsi un maillon, et non des moins brillants, de la chaîne du progrès.

Parmi toutes les sciences la médecine fut en grand honneur chez les Arabes ; ils ont de nombreux traducteurs qui leur ont fait connaître les grands médecins grecs ; Galien d'abord et Hippocrate ensuite sont surtout très prisés. Imbus du dogme de l'autorité, ils ne font d'abord que répéter les idées de ces maîtres ; mais bientôt ils apportent de nouveaux documents, de nouvelles observations et donnent aux sciences médicales un nouvel essort. « L'École de Bagdad remplit avec éclat l'immense intervalle qui sépare les écoles d'Athènes et d'Alexandrie de l'École moderne (Sédillot). » Nous verrons les médecins arabes Rhazès, Haly-Abbas, Avicenne, Abulcasis, Avenzoer souvent cités par les médecins du Moyen-âge qui leur empruntent la plus grande partie de leurs idées.

Au milieu de cette exubérance de science l'art dentaire ne pouvait être et ne fut pas délaissé. Les Arabistes et Guy de Chauliac en particulier, aux chapitres qui traitent des maladies des dents, citent souvent les auteurs arabes et leur font de larges emprunts.

Nous voyons ainsi que Haly-Abbas, comme Galien, est partisan des remèdes énergiques dans la douleur de dents et qu'il préconise le vinaigre. Il donne une division des affections dentaires, que Guy de Chauliac et après lui Jean de Vigo reproduisent ; elle comprend six classes : la douleur, la corrosion (carie), la congélation, la dormitation (endormissement des dents), le limon ou puanteur et la laxation ou relâchement. Haly-Abbas dit que les dents n'ont pas de sentiment propre, mais qu'elles sentent seulement par un petit nerf qui s'implante dans la racine.

Voici un échantillon de la thérapeutique de Rhazès : Prenez des semences de portulaca, de coriandre, de lentilles écorcées, de santal citrin, de roses, de pyrèthre, de camphre, de chacune également bien pilées et placez sur la dent douloureuse.

Voici, selon Avicenne, un régime à suivre pour éviter la douleur de dents :

« 1° Ne pas user de choses corruptibles : poissons, laitages.

2° Éviter le trop chaud et le trop froid, surtout l'un immédiatement après l'autre.

3° Ne pas mâcher de choses dures (os) ou visqueuses : figues et confitures.

4° Ne pas user de viandes qui ont la propriété de nuire aux dents.

5° Ne pas se curer les dents.

6° Les frotter avec du miel et du sel brûlé.

Comme nous le voyons, la thérapeutique dentaire des médecins arabes est très peu active ; elle consiste en formules compliquées renouvelées des Grecs et comporte pour une part importante dans nombre d'affections dentaires la purgation et la saignée.

Il est peu probable que les Arabes aient connu l'aurification. Jean de Vigo nous dit bien à propos de la carie: « On peut ôter cette corrosion avec une lime et instruments appropriés et après emplir la concavité de feuilles d'or pour prévenir la putréfaction », mais il ne nous dit point d'où il a

tiré ce procédé. Est-il de lui ou bien vient-il de Haly-Abbas qui est cité plus haut ? Dans ce dernier cas nous en aurions trouvé trace dans Guy, qui est muet à ce sujet.

Si la thérapeutique des médecins que nous venons d'étudier est bien anodine, il n'en est pas de même de la thérapeutique chirurgicale d'Abulcasis, le grand chirurgien arabe. Abulcasis est né et vivait au xe siècle en Espagne. La date de sa mort est contestée et différente selon les auteurs ; elle paraît être l'an 1013. Son œuvre comprend trente volumes, mais c'est surtout le trentième volume, contenant la chirurgie, qui est le plus souvent invoqué par les auteurs chrétiens des siècles suivants. Comme tous les auteurs arabes il n'a peut-être pas réussi à s'affranchir complètement du joug des maîtres grecs, mais c'est bien lui qui fait montre de la plus grande indépendance. Il parle souvent de sa propre autorité et dans ses remarques perce l'homme de science qui connaît bien pratiquement le sujet qu'il traite. Comme un chirurgien amoureux de son art, il décrit soigneusement les instruments dont il se sert, en donne les figures et entre dans des détails minutieux au sujet de leur forme et de leur mode de fabrication.

En chirurgie dentaire Abulcasis réalise d'énormes progrès sur ses prédécesseurs et il décrit des procédés rationnels qu'on est tout étonné de trouver dans la bouche d'un homme de son temps.

Nous allons rapidement passer en revue sa technique dentaire [1].

Notre auteur connaît le nettoyage des dents et l'effet nocif des dépôts tartariques accumulés à leur collet. « Les dents, nous dit-il, prennent une coloration noire, jaune ou verte, puis consécutivement les gencives s'altèrent. » Pour éviter cette altération il faut pratiquer le nettoyage des dents ; en voici le mode opératoire : « Ruginez les dents et les molaires [2] qui vous présentent ces concrétions ou des dépôts graveleux jusqu'à ce qu'il n'en reste plus rien. »

---

1. *La chirurgie d'Abulcasis*, traduction Leclerc.
2. Les molaires sont toujours distinguées des autres dents (Leclerc).

Cette opération, pour être bien exécutée, nécessite parfois deux et même trois ou quatre séances et elle exige tout un assortiment de rugines dont notre chirurgien nous donne les figures (Voir fig. 53).

Au point de vue de l'extraction Albucasis est déjà un conservateur : il recommande de soigner les dents par tous les moyens et toutes les méthodes dont on dispose et conseille de différer leur extraction autant qu'il est possible.

Parfois il faut se résoudre à cette grave opération, mais

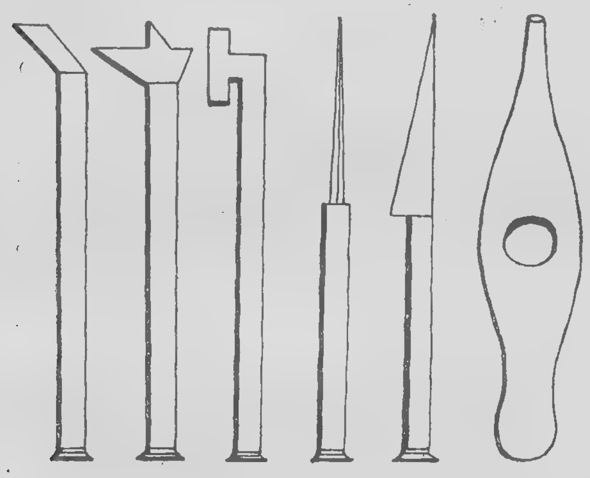


Fig. 53. — Rugines d'Abulcasis pour le nettoyage.

alors on ne saurait s'entourer de trop de précautions. Il faut d'abord bien s'assurer de la dent atteinte, car il arrive fréquemment qu'un malade se trompe, croit gâtée une dent qui ne l'est pas et la fait arracher. Albucasis a vu souvent cette méprise du fait des *chirurgiens-ventouseurs*. Il est probable que ces derniers se chargeaient surtout des petites opérations et en particulier des opérations dentaires.

Cependant le chirurgien arabe a dû souvent pratiquer l'extraction, car il en parle savamment et en décrit minutieusement toutes les phases ; il sacrifie tout au bon résultat final de l'opération et semble s'occuper fort peu de sa durée

et de la douleur qu'elle cause, pourvu qu'il puisse extirper complètement la dent et ses racines. Pour éviter un échec il faut procéder de cette façon : inciser la gencive, déchausser la dent et essayer de la mobiliser avec les doigts et des pinces légères jusqu'à ce qu'elle branle. La saisir alors avec de fortes pinces après avoir placé la tête du malade entre ses genoux et aller d'une manière très prudente pour ne pas laisser les racines.

Afin d'éviter l'écrasement il faut avoir soin de boucher la cavité cariée avec du coton ou du linge.

Après avoir étudié l'opération, selon son habitude il décrit les instruments qui servent à la pratiquer (fig. 54 A).

« Les pinces avec lesquelles vous commencerez par ébranler la dent seront longues, leurs extrémités courtes et les manches épais, afin de ne pas plier pendant l'opération. Le fer sera d'Inde ou trempé ; le travail sera soigné, les branches droites ; leurs dents s'ajusteront parfaitement les unes dans les autres afin qu'on puisse saisir solidement et sûrement. Les branches travaillées à la manière de limes permettent encore de saisir avec force. »

Les hémorrhagies post-opératoires seront arrêtées avec du vitriol en poudre ou au moyen de la cautérisation.

Notre auteur consacre un chapitre spécial à l'extraction des racines ; il emploie alors des pinces en forme de bec de cigogne (fig. 54 B).

« Si cependant l'extraction est impossible avec les pinces, déchaussez complètement la dent avec le bistouri, puis employez cet instrument qui ressemble à un petit levier et dont telle est la forme (fig. 54 C) ; l'extrémité en sera courbe et assez forte, ni longue, ni grêle pour ne pas casser Dans le cas d'insuccès il faut employer les instruments dont nous allons donner la figure (figures 55 A,B,C,D). »

Abulcasis emploie aussi un instrument coudé, triangulaire, assez fort pour ne pas craindre de rupture et qui ressemble à une forte érigne.

Le chirurgien arabe ne décrit que quelques-uns des instruments dont il se sert parmi ceux qu'il emploie fréquemment

et il fait cette remarque pleine de justesse qui dénote une longue pratique : « Sachez que les instruments pour les dents sont nombreux ; il nous est impossible de les décrire tous. Un praticien intelligent et exercé dans son art saura inventer de nouveaux instruments en raison de chaque circonstance et de chaque maladie ».

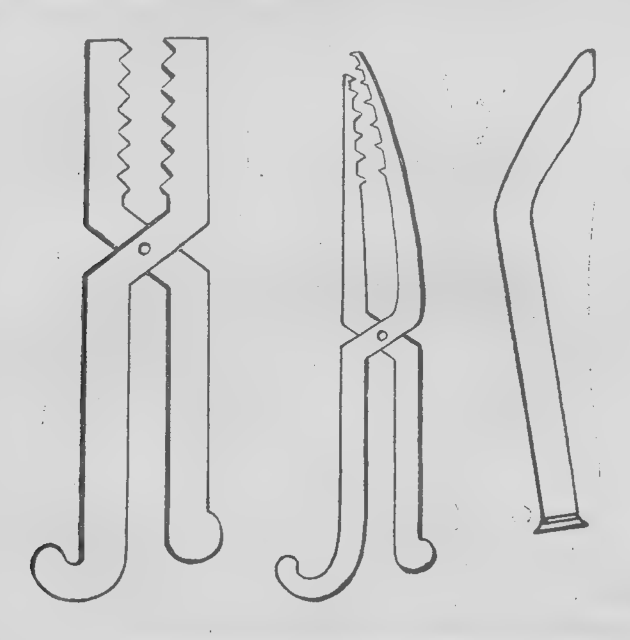


Fig. 54. — A. Pince forte. B. Pince à racines. C. Élévateur.

Il nous donne toutefois la figure de différents instruments, entr'autres d'une scie (fig. 54 B) et de limes (fig. 56 C, D) pour scier les dents. Cette dernière opération devait être assez fréquente, car il la décrit assez longuement et insiste sur la façon de scier les dents proéminentes qui déparent les femmes et les esclaves sans ébranler les dents voisines.

Abulcasis cherche à conserver le plus longtemps possible les dents même branlantes et pour cela il les ligature aux dents saines voisines avec une chaînette ou un fil d'or, qu'il emploie de préférence au fil d'argent, qui s'altère et verdit.

nelltre dans de longs détails sur la manière de procéder à cette ligature, aidant sa description d'un schéma.

Le chirurgien a-t-il connu la réimplantation ? Voici ce qu'il dit :

« On peut aussi remettre en place une ou deux dents tombées et les consolider comme nous venons de le dire et elles

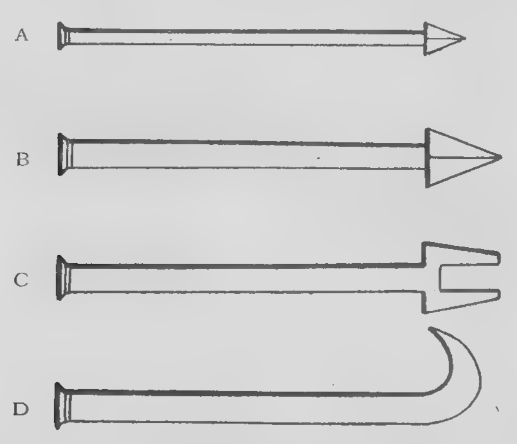


Fig. 55. — A. B. Instruments triangulaires. C. Instrument à 2 branches. D. *Instrument en forme d'érigne.*

se maintiendront. Il faut pour cela une main légère et exercée ».

Le texte est ambigu et peut donner lieu à diverses interprétations. Cette phrase se place immédiatement entre la description de la ligature et une mention d'appareil prothétique. Abulcasis a-t-il voulu entendre la réimplantation d'une dent dans son alvéole telle que nous la pratiquons ? Ces mots « et elles se maintiendront » pourraient nous le faire croire. Mais il semble qu'une opération paraissant aussi anormale qu'une réimplantation aurait surpris les esprits et nécessité un plus grand développement que ces quelques lignes. Nous voyons sur le même sujet A. Paré s'étonner et citer avec détails plusieurs observations à l'appui de son dire.

L'auteur arabe a-t-il simplement voulu dire qu'on pou-

vait employer ce mode de fixation pour faire tenir un petit appareil prothétique composé des dents naturelles extraites et n'ayant pas de connections réelles avec les tissus gingi-

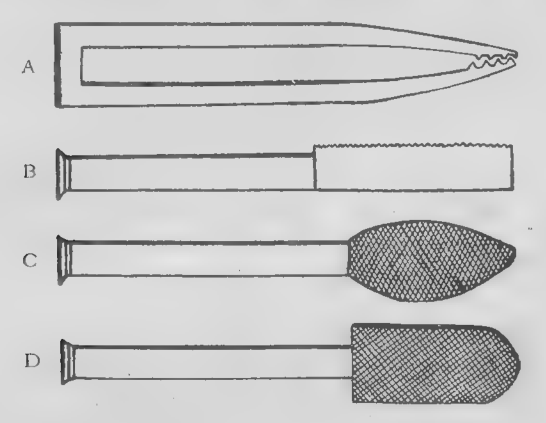


Fig. 56. — A. Pinces à séquestre. B. Scie. C. D. Limes.

vaux ou alvéolaires ? La fin de la phrase « il faut pour cela une main légère et exercée » semble confirmer cette manière de voir, car il est admis que la prothèse, en particulier la



Fig. 57. — Ligature d'Abulcasis.

prothèse de cabinet, exige des connaissances toutes spéciales et une habileté manuelle assez grande. D'un autre côté la réimplantation, en admettant qu'elle ait été connue de notre chirurgien, devait être pratiquée très rarement et il eût été difficile de trouver une main exercée, c'est-à-dire habituée à faire semblable opération.

Il nous semble donc qu'Abulcasis et après lui Guy de Chauliac, qui le reproduit, n'ont pas connu la greffe dentaire et que tout l'honneur de cette découverte doit revenir à A. Paré, qui le premier la signale.

Les connaissances prothétiques de l'auteur arabe sont

restreintes ; il ne connaît que le procédé suivant qu'il cite à la fin du chapitre consacré à la chirurgie dentaire : « On remplace aussi quelquefois les dents par des morceaux d'os de bœuf qu'on taille en forme de dents et qu'on pose à la place de celles qui sont tombées ; puis on les assujettit comme nous venons de le dire (au moyen de la ligature) et l'on s'en trouve bien. »

Ainsi que nous venons de le voir, les médecins arabes et Abulcasis en particulier ont fait faire un grand pas à la technique dentaire La chirurgie dentaire d'Abulcasis, si elle est peu étendue, est du moins très rationnelle et pourrait figurer honorablement dans un temps beaucoup plus rapproché de nous.

Ce qui frappe surtout à la lecture des quelques pages que l'auteur arabe consacre à la technique dentaire, c'est la peur de l'extraction qu'on sent entre les lignes ; Abulcasis est un conservateur, mais il semble que s'il agit ainsi c'est qu'il y est forcé, car il ne pratique l'extraction que lorsqu'il ne peut faire autrement ; il préfère tenter de soigner la dent par tous les moyens, scier les dents proéminentes (opération certainement très longue et douloureuse, vu le peu de moyens dont il dispose) plutôt que d'intervenir activement au moyen d'une opération considérée comme difficile. Et il se rend bien compte de la difficulté de l'opération, car il entre dans de longs détails sur la façon de procéder et insiste minutieusement sur les moyens qui peuvent éviter un échec.

Cette pratique, dictée peut-être par un sentiment de crainte, n'est-elle pas toutefois supérieure à celle qui, beaucoup plus près de nous, alors que l'instrumentation était perfectionnée, reconnaissait surtout comme bon et unique traitement l'extraction encore et l'extraction toujours ?



FORMULAIRE

I. — Collutoire a appliquer dans la gingivite des femmes enceintes.

Eau distillée	50 grammes.
Permanganate de potasse	0 gr. 15 centigr.

Appliquer sur les gencives avec un pinceau (Vinay).

(Gazette des hôpitaux.)

II. — Pansements calmants pour carie dentaire.

a. Teinture de benjoin du Codex	4 grammes.
— d'extrait d'opium	2 —
Chloroforme	2 —
Créosote pure	2 —
b. Teinture de benjoin du Codex	6 —
— d'extrait d'opium	2 —
Chloroforme	2 —

(Redier. In. *Revue de stomatologie.*)

III. — Gargarisme astringent (Blake).

Acide tartrique	4 grammes.
Glycérine	4 —
Eau de roses	30 —
Eau chloroformée	240 —

(Journ. Amer. Med. Assoc.)

IV. — Contre les névralgies.

Extrait de jusquiame	12 centigrammes.
— de valériane	20 —
Chlorhydrate de morphine	1 —
Poude de réglisse	Q. S.

Pour une pilule n° 20. (M. Bastié.)

Une le soir en se couchant, une autre le matin en s'éveillant. Ne pas dépasser trois pilules en vingt-quatre heures.

V. — Emploi du tannoforme.

Le tannoforme est un produit de condensation de l'acide gallique et de formaldéhyde. Il a été employé avec succès dans une foule d'affections diverses.

Contre l'ozène :

Tannoforme en poudre	1 partie.
Poudre de talc	2 —

(Fasano.)

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**
B Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.
Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**
J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.
Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.
Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.
Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.
L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. / CHATEAUROUX.
Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS
P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.
B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**
Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 14, rue de Stassart, BRUXELLES. / 4, rue du Grütli, GENÈVE.
L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.
Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**
Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* 8, quai de Retz, LYON. / *Or de Genève.* 14, rue des Pyramides, PARIS.
Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.
Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.
Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.

RECETTES & PROCÉDÉS

I. — Procédé pour prévenir la rouille des aiguilles des seringues.

Par le Dr Cordes (de Genève).

Après de nombreux essais, avec des huiles principalement, je suis arrivé à n'avoir plus d'aiguilles bouchées par la rouille de l'acier ou l'adhérence avec les « cannetilles » ; voici comment :

Mes aiguilles sont à demeure plongées dans une solution de carbonate de soude, vides ou munies de leur « cannetille ». Je les en retire, tour à tour, pour les placer dans la trousse où je porte les seringues dont je me sers pour la clientèle urbaine. Dès le moment où j'ai adopté cette méthode, je n'ai plus eu d'aiguilles hors de service par le fait de la rouille, et j'emploie les divers médicaments hypodermiques recommandés par le Dr Roussel, dont quelques-uns attaquent l'acier ; de plus, les trousses et les seringues Roussel étant en celluloïde, parfois impur, attaquent très promptement le métal.

Mon expérience du carbonate de soude me semble donc probante. Il est utile de purger l'aiguille des dernières gouttes du liquide qui pourrait, à la longue, altérer la solution sodique.

(Revue de polytechnique médicale.)

II. — Stérilisation constante des instruments.

Parmi les nombreux procédés de stérilisation actuellement à la disposition des praticiens, bien peu sont réellement pratiques. Le meilleur est celui qui consiste à plonger les instruments dans de l'eau maintenue en ébullition pendant un quart d'heure, mais il n'est pas applicable aux instruments tranchants dont il émousse le fil.

Lippincott recommande l'emploi d'une solution de formol à 20 p. 100, dans laquelle on ajoute 3 p. 100 de borax. Ainsi corrigé, le formol devient inoffensif pour l'acier. Les instruments peuvent y séjourner des mois sans altération en restant toujours prêts à être employés. Avant de s'en servir on n'a qu'à les passer dans de l'eau stérilisée.

Des examens bactériologiques ont montré à Lippincott qu'un instrument infecté n'est pas stérilisé par le séjour dans l'alcool absolu, tandis qu'un séjour de vingt-quatre heures dans la solution au formol et au borax suffit à tuer tous les germes.

(Gazette des hôpitaux.)



LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Des ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue, par le Dr Henri Duvoisin, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, thèse de Paris, 1899.

La thèse du Dr Duvoisin traite d'un sujet n'offrant que des relations très éloignées avec notre spécialité; aussi me contenterai-je d'en donner une analyse rapide.

Après un résumé des connaissances anatomiques classiques sur la distribution des artères dans la langue, l'auteur aborde la question des ligatures qui, dans le cancer de la langue, se pratiquent soit comme ligatures préalables dans un but d'hémostase préventive, soit dans le cancer inopérable, comme « ligatures palliatives ».

La ligature préalable — opération préliminaire à une intervention directe comportant l'exérèse de la totalité ou d'une partie de l'organe atteint et des tissus avoisinants — combat l'hémorrhagie primitive, si gênante pour l'opérateur et parfois même inquiétante, surtout chez des sujets cachectisés. Ses avantages sont nombreux ; elle permet :

La suppression de l'hémorrhagie artérielle,

La suppression des pinces à demeure,

La suppression du thermo-cautère qui, lors de la chute des eschares, expose à l'infection et aux hémorhagies secondaires.

Elle permet aussi la possibilité de la suture exacte de la muqueuse qui tarit le suintement sanguin et évite souvent l'infection de la plaie,

La suppression de la trachéotomie préventive et du tamponnement du pharynx.

Enfin, point important pour éviter la récidive, elle rend possible la vérification et l'ablation des ganglions dégénérés sous-maxillaires et carotidiens.

On peut objecter à l'emploi de la ligature préalable l'augmentation de la longueur du temps opératoire par cette adjonction d'une opération préliminaire; mais cette perte de temps est compensée par la rapidité du temps buccal où l'intervention est simplifiée. On peut d'ailleurs remettre à une séance ultérieure l'opération définitive (Quénu).

Les ligatures palliatives ont pour but, lorsqu'il est impossible de

pratiquer l'opération, de remédier aux hémorhagies graves ou encore d'obtenir l'atrophie du néoplasme; dans ce dernier cas leur utilité est très contestable, elles ont toutefois dans certains cas produit une amélioration temporaire.

Quelle artère faut-il lier ? La linguale, *à son origine*, lorsqu'on opère par la voie buccale. Cette ligature est insuffisante lorsqu'on procède par la voie sus-hyoïdienne; il faut alors lier la carotide externe, ce qui est plus facile et permet en même temps l'exploration des ganglions du voisinage.

L'auteur termine par quelques observations qu'il doit à l'obligeance de MM. les professeurs Quénu et Monod. En somme, son travail est un plaidoyer en faveur des ligatures artérielles préalable, dans le cancer de la langue. Il est très clair, très bien conçu et sera consulté avec fruit par les praticiens qu'intéresse cette question.

Mais, à nous, dentistes, nous sera-t-il permis de regretter que notre confrère, M. Duvoisin, n'ait pas consacré sa thèse à un travail d'intérêt plus spécial, que ses études antérieures et son expérience personnelle semblaient désigner et qui lui aurait fourni l'occasion de produire une œuvre vraiment originale ?

G. Gross.

Formulaire de A. Gilbert et P. Yvon (ancien formulaire de Dujardin-Beaumetz, O. Doin, éditeur).

Tous nos lecteurs connaissent cet excellent formulaire dont la 12e édition vient de paraître. Elle contient une suite d'aides-mémoire s'appliquant à chacune des spécialités médicales. L'Aide-mémoire de thérapeutique dentaire a été confié à M. le Dr E. Sauvez, professeur à l'École dentaire de Paris et dentiste des hôpitaux. Nous croyons utile d'en détacher un chapitre pour permettre à nos lecteurs d'apprécier une fois de plus les qualités qui distinguent notre excellent collaborateur.

E. P.

Extraction. — Opération qui consiste à enlever une dent à ses connexions normales.

Règles générales. — Il faut : 1° enlever l'organe en totalité; 2° blesser le moins possible les tissus dans lesquels il est implanté ; 3° éviter au patient toute douleur inutile.

On doit toujours avoir sous la main : 1° un davier droit pour les incisives et les canines supérieures ; 2° un davier légèrement courbe pour les prémolaires supérieures; 3° un davier pour les grosses molaires supérieures droites; 4° un davier pour les grosses molaires supérieures gauches, — soit quatre daviers pour les dents du haut; 5° un davier pour les canines et les prémolaires inférieures; 6° un davier pour les brosses molaires inférieures, — soit deux daviers pour les dents du gras; 7° un davier, dit davier-baïonnette, pour les racines du haut;

8° un davier à racines du bas, qui sert aussi pour les incisives, — soit deux daviers pour les racines ; 9° un élévateur dit « langue de carpe » ; 10° un élévateur dit « pied de biche ».

Ces dix instruments répondent à tous les besoins ; ce sont les instruments nécessaires ; un spécialiste devra en avoir quelques autres, qui seront des instruments utiles. Nous omettons à dessein la clef, qui toutefois rend des services, dans des mains expérimentées. Avant de commencer l'opération, on examinera la dent à enlever, son siège exact, sa solidité, la consistance des bords, s'il s'agit d'une racine ou d'une dent découronnée ; la solidité des dents avoisinantes si l'on veut faire une pesée avec les élévateurs.

Toute extraction comprend quatre temps : 1° mise en position de l'instrument ; 2° enfoncement des mors du davier ; 3° luxation ; 4° extraction proprement dite. On doit faire ces différents mouvements *avec le poignet.* La luxation est le temps le plus important, elle doit être faite en se rappelant la forme et la direction des racines, et les efforts seront dirigés dans l'axe de celles-ci.

L'extraction proprement dite n'exige que très rarement de la force.

Pour les dents du haut, le malade doit être placé la tête renversée, bien éclairée et de façon que la mâchoire soit à la hauteur du mamelon de l'opérateur.

Pour les dents du bas, le malade doit avoir la tête droite, sa mâchoire doit être à la hauteur de la ceinture de l'opérateur.

Le praticien, placé à droite, entoure la tête du malade avec le bras gauche, la main gauche écarte les lèvres, les joues, et au besoin guide l'instrument.

Règles particulières. — *Dent de la mâchoire supérieure.* Pour toutes ces dents, veiller à ce que le manche ou les branches de l'instrument ne meurtrissent pas la lèvre inférieure contre les dents du bas.

Incisive centrale : une racine longue, arrondie. Luxer par mouvement de rotation. — Incisive latérale : une racine un peu plus petite et moins ronde. — Canine : racine très longue, à coupe ellipsoïde ; dent solide, enfoncer vigoureusement ; luxer de dehors en dedans ; légers mouvements de rotation, et en même temps tirer assez vigoureusement et dans l'axe. — Première prémolaire : souvent deux racines, l'une externe ou labiale et l'autre interne ou palatine, parfois une seule bifide ; dent très fragile, fracture fréquente des extrémités radiculaires ; enfoncement énergique, aucun mouvement de rotation, luxation lente de dehors en dedans, et réciproquement ; ne pas serrer. — Deuxième prémolaire : le plus souvent une seule racine, rarement deux ; moins fragile que la précédente. Première grosse molaire ; très solide, trois racines divergentes disposées en triangle, une interne ou palatine, la plus volumineuse, dirigée en haut et en dedans ; deux racines externes, dont une antérieure assez forte, une postérieure plus petite. Surveiller a mise en position et l'enfoncement. S'assurer qu'on a la sensation nette que la petite saillie qui divise en deux parties le mors externe du davier est bien enclavée entre les deux racines externes, enfoncer

vigoureusement par petits mouvements. Luxer doucement de dedans en dehors et réciproquement, en insistant sur le premier mouvement. Quand la dent est luxée, finir l'extraction par mouvements dirigés surtout en dehors. — Deuxième grosse molaire : racines de même forme, mais moins divergentes ; dent moins volumineuse, moins solide ; mêmes recommandations. — Troisième grosse molaire, ou dent de sagesse : trois racines souvent peu distinctes. Ces racines sont toujours très recourbées en arrière et en haut. Enfoncement et luxation comme pour la précédente, en poussant la dent en arrière et en dehors.

Dent de la mâchoire inférieure. — Pour toutes ces dents veiller à ce que l'extraction proprement dite ne soit pas brusque, afin que l'instrument ne vienne pas choquer les dents du haut.

Incisive centrale : la plus petite de toutes les dents, une seule racine très aplatie, donc pas de mouvements de rotation, luxation d'avant en arrière, et réciproquement. — Incisive latérale : mêmes recommandations. — Canine : une racine très longue ; plus ronde que la supérieure, enfoncement profond, luxation lente, extraction proprement dite vigoureuse. — Première et deuxième petite molaire : une seule racine, assez arrondie, l'axe de la couronne est légèrement incliné en dedans par rapport à l'axe de la racine ; y penser pour luxer suivant le dernier ; dents assez friables, enfoncement et luxation, ensemble, lentement. — Première grosse molaire : la plus grosse de toutes les dents, très solidement implantée. Deux racines aplaties d'avant en arrière, plus ou moins cannelées en leur milieu ; l'antérieure est la plus forte. Surveiller la mise en position de l'instrument et s'assurer que la petite saillie qui divise en deux parties chaque mors du davier est bien enclavée entre les deux racines. Enfoncement énergique, luxation lente, prolongée, de dedans en dehors et réciproquement ; pratiquer l'extraction proprement dite, surtout en dehors. — Deuxième grosse molaire : même anatomie, mêmes recommandations.

Troisième grosse molaire ou dent de sagesse. — Nous attirons l'attention sur l'extraction de cette dent, souvent indiquée par les accidents qu'elle cause, et que le médecin doit savoir faire, s'il n'a pas de praticien habile à sa disposition.

Deux racines également, souvent réunies, toujours recourbées suivant la branche montante du maxillaire. S'il y a difficulté pour l'emploi du davier (constriction des mâchoires, ou couronne fragile ou absente), on a recours à la langue de carpe. L'opérateur se place en face du malade ; s'il s'agit du côté gauche, l'index et le médius de la main gauche sont introduits si possible dans la bouche ; la pulpe de l'index est appuyée sur la dent, celle du médius sur la langue. Les deux autres doigts sont repliés, le pouce est sous la mâchoire. La main gauche ainsi placée maintient solidement la mâchoire inférieure, immobilise la langue, et empêche les échappées de l'intrument en dedans. On tient la langue de carpe à pleine main de la main droite, et l'on enfonce comme un coin la lame de l'instrument dans l'interstice de la deuxième et de la troisième grosse molaire, en poussant cette lame en dedans

et en bas, l'index servant de guide. Lorsque la lame est fixée, serrée entre les deux dents, on place la pulpe de l'index droit sur le bord antérieur de la branche montante, pour maintenir, et l'on pousse en arrière la lame de l'instrument, en abaissant le manche de celui-ci ; la dent est ainsi luxée d'avant en arrière et de bas en haut ; quand la luxation est faite, on pratique l'extraction proprement dite avec un davier quelconque : si la dent n'est pas sortie par la seule luxation, on se trouvera bien du davier à prémolaires supérieures.

Pour le côté droit, la main droite agit d'une manière analogue, la main gauche fixe le maxillaire et empêche toute échappée. On doit toujours engager la lame du côté du vestibule de la bouche, et ne jamais la placer en dedans, pour ne pas risquer une échappée du côté interne, où se trouvent les piliers du voile, l'amygdale et les gros vaisseaux voisins : il y a eu des accidents mortels.

Extraction des racines. — S'assurer avant tout de la situation, de la direction (voir plus haut). On enlèvera la gencive gênante avec le thermo ou le galvano-cautère, ce que l'injection de cocaïne rend totalement indolore ; si la plaie saigne, on lavera et on tamponnera jusqu'à ce qu'on voie nettement. L'enfoncement doit être très énergique et être continué avec la luxation. Le cadre de cet ouvrage nous défend d'entrer dans de plus amples détails.

Après l'extraction, on fera la toilette de la plaie, on enlèvera les débris de dent ou de racine adhérents à la gencive, ainsi que les petits éclats des bords alvéolaires, on pratiquera des lavages dans l'alvéole et on prescrira des bains de bouche antiseptiques.



JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

Nous recevons l'extrait suivant découpé dans un journal local, et nous le reproduisons avec d'autant plus d'empressement qu'il peut être utile à quelques-uns de nos confrères de connaître la décision de la Cour d'appel de Limoges.

L'ART DENTAIRE ET LA LOI.

La Cour d'appel de Limoges, dans un récent arrêt, vient de mettre en lumière, en les appliquant, les dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de l'art dentaire.

Voici les faits :

Une dame d'Aubusson, née Bal, veuve Carré, était, il y a quelques mois, traduite devant le tribunal de son arrondissement sous la double prévention d'avoir: 1° exercé illégalement l'art dentaire ; 2° usurpé le titre de chirurgien-dentiste.

Double question, pour laquelle les magistrats de 1re instance répondirent affirmativement et, en conséquence, condamnèrent la prévenue à 16 francs d'amende.

Mme Carré en a référé à la Cour d'appel de Limoges.

A l'audience, le conseiller rapporteur a ainsi exposé la situation spéciale de l'appelante :

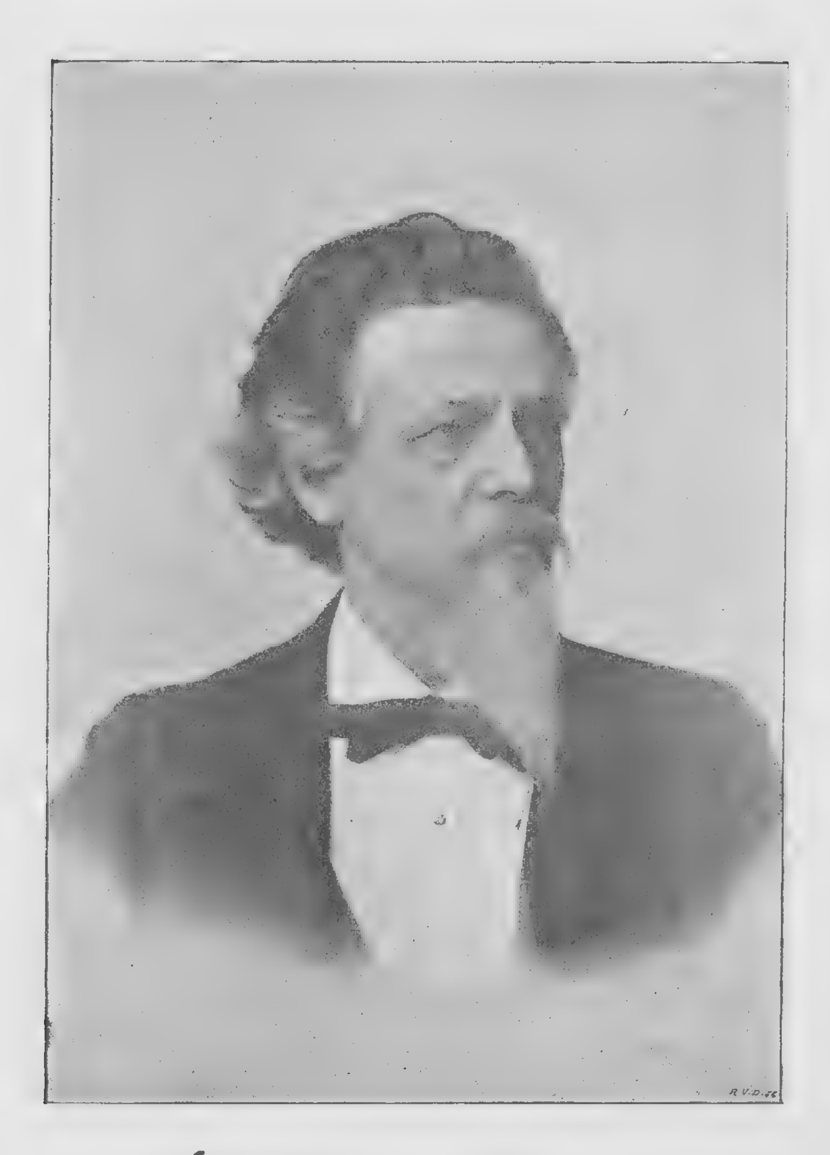
Sur la deuxième question, Mme Carré aurait le droit de prendre le titre de chirurgien-dentiste, car, paraît-il, ni dans le texte de la loi, ni dans les travaux préparatoires, il n'est question de chirurgiens. Le législateur a seulement parlé de dentistes.

Sur le deuxième chef de prévention, Mme Carré n'a pas de diplôme, mais peut-elle bénéficier de l'immunité accordée aux personnes qui exerçaient l'art dentaire avant la loi de 1892?

Sur ce point encore, Mme Carré a raison.

Il est établi qu'avant 1892, elle pratiquait l'art dentaire.

En conséquence, la Cour a réformé la décision des juges du tribunal d'Aubusson et a renvoyé Mme Carré à ses clients.



Wm G. A. Bonwill



WILLIAM GIBSON ARLINGTON BONWILL

Nous avons annoncé dans notre numére du 30 octobre la mort de M. Bonwill. Nous publions aujourd'hui une biographie de sa vie que nous empruntons au Dental Cosmos et nous donnons à nouveau la planche que nous fîmes faire lors de sa dernière visite à Paris.

M. Bonwill était né à Camden (Delaware) le 4 octobre 1833 et était fils du D[r] W.M. Bonwill, médecin de cette ville. Il reçut sa première instruction à l'école primaire. Dès l'âge de 14 ans il mit à profit toutes les occasions de suivre son inclination pour la mécanique en faisant de la charpente, de l'ébénisterie etc., ou comme il le disait lui-même « en faisant tout ce qui se présentait en mécanique depuis le bois de fusil jusqu'au soufflet de forge ou en réparant des ustensiles d'étain. » Il fut commis dans un magasin de la campagne, puis maître d'école à Burlington (New Jersey) pendant 5 mois. Il avait économisé 125 dollars durant ces 5 mois et en avril 1853, il entra chez M Samuel W. Neall, dentiste de Camden (New Jersey), où il demeura 6 mois. Il y étudia avec MM. Chapin A. Harris et A.A. Blandy, de Baltimore, qui lui enseignèrent la dentisterie opératoire.

En octobre 1854, il commença à exercer avec succès à Dover (Delaware), où il resta jusqu'en février 1871, époque à laquelle il transféra son cabinet à Philadelphie, 1104 Arch street.

En 1866 il reçut le degré de D. D. S. du Collège de chirurgie dentaire de Pennsylvanie et plus tard celui de docteur en médecine de l'école de médecine de Jefferson. Le 13 juin 1861 il avait épousé M[lle] Abigail E. Warren, de Dover (Delaware), qui mourut le 15 avril 1889 en lui laissant trois enfants ; D[r] E. W. Bonwill, de Rangoon (Birmanie) ; M[me] Caleb J. Milne, de Philadelphie et M[me] Edwards S. Gellatly, de New York.

Indépendamment des nombreuses Sociétés dentaires auxquelles il appartenait, M. Bonwill était membre de la Ligue de l'Union, de la Société philosophique américaine, du Cercle artistique, de la Société historique, de l'Académie des sciences naturelles et du Cercle du Delaware.

Bonwill n'était pas un homme ordinaire. Versatile par nature, son caractère se présentait sous les aspects les plus variés, de façon à

inspirer les opinions les plus différentes. Peu de personnes le connaissaient tel qu'il était, tant il se montrait sous diverses faces suivant les circonstances. Nerveusement actif par tempérament, il ne se contentait pas du travail matériel ou intellectuel ; toute son énergie se concentrait sur toute chose qui captivait son attention. Il était ardent en toute matière, sans se préoccuper des conséquences dans la poursuite de ses entreprises. La critique était pour lui un stimulant à redoubler d'activité; l'insuccès une éventualité qui n'entrait pas dans ses prévisions comme réalisable.

Pour beaucoup de gens il était incompréhensible et excentrique, mais ceux-là ne le connaissaient pas Sa nature impulsive se témoignait dans ses relations sociales comme en toute chose: bonne et affectueuse envers ceux qu'il regardait comme ses vrais amis, et implacable envers les autres. Il avait le tempérament d'un artiste, aussi bien que les qualités d'un mécanicien, l'amour du beau, fortement développé, une imagination ardente, un talent puissamment créateur dans les matières de son choix. Ces qualités donnaient une direction et une forme à son activité intensive et provoquèrent cette longue liste d'inventions qui lui sont dues et qui l'ont rendu fameux dans la profession.

Comme opérateur, sa technique était remarquable. Avec les instruments automatiques à fouler l'or qu'il avait imaginés; il montrait une habileté et une rapidité opératoires sans égales. Entre ses doigts une feuille d'or devenait une matière plastique et pénétrait dans une cavité avec une vitesse et une précision étonnantes. Ses méthodes subissaient de temps en temps un changement radical.

Vers 1876 il annonça son invention de sa fraise en diamant, pointe de diamant à rotation rapide, dont il préconisait l'usage pour la destruction permanente du contact des surfaces proximales, non seulement pour enlever la carie superficielle, mais pour la prévenir, son but étant d'assurer des séparations constantes entre les dents. Sa technique et la forme de l'espace qu'il recommandait différaient radicalement de celles du Dr Robert Arthur, surtout en ce qu'elles ne défiguraient pas les contours labiaux ou buccaux des dents sur lesquelles il opérait.

Plus tard le perfectionnement de son maillet électro-magnétique et plus particulièrement l'invention de son maillet automatique attirèrent toute son attention sur la valeur des restaurations de contour totales, de préférence à la méthode de séparation au moyen de la fraise de diamant, et il changea d'idée à l'égard des séparations permanentes en devenant l'admirateur enthousiate des contours complets. Ses aurifications étaient soignées, merveilleuses ; mais malgré ses qualités d'aurificateur et son succès comme tel, il se mit à étudier l'amalgame comme matière conservatrice de la dent.

Il étudia ses propriétés métallurgiques et physiques et finalement obtint un alliage qui satisfaisait à ses désirs ; en même temps il examinait pratiquement la question de l'amalgame comme matière obturatrice, de sorte qu'il devint aussi expert dans sa manipulation que dans celle de l'or.

La réputation d'aurificateur de Bonwill était universelle ; peut-être son habileté comme manipulateur de l'amalgame est-elle moins connue et moins appréciée. Cependant jamais restaurations plus belles et plus exactes avec l'amalgame ne furent faites par personne.

Comme instructeur, il était intéressant et sa méthode d'enseignement lui était propre. Quiconque recherchait son enseignement était le bienvenu ; il donnait généreusement cet enseignement à qui le lui demandait. Il avait foi dans ses idées et il avait le désir et l'ambition de les perpétuer pour le bien général.

Comme il enseignait, il écrivait ; beaucoup des choses qu'il écrivait étaient présentées de manière à les placer au delà de la portée de ceux qui n'étaient pas disposés à rechercher sous l'enveloppe de sa pensée le noyau de vérité que ses paroles contenaient toujours ; mais ceux qui l'étudiaient manquaient rarement de découvrir de nouvelles et précieuses vérités.

Voici quelques-uns de ses articles les plus remarquables :

Le maillet électro-magnétique, (lu devant la Société dentaire de Susquehanna, 14 mai 1874).

L'air comme anesthésique, (lu devant l'Institut Franklin de Philadelphie, 17 novembre 1875).

La conservation des dents humaines, (lu devant la Société Odontologique de Pennsylvanie 1881).

Alliages plastiques d'or (le papier buvard recommandé pour l'absorption de l'excédent de mercure dans l'amalgame) (lu devant la même Société, 7 janvier 1882).

Lois géométriques et mécaniques de l'articulation (lu le 6 juin 1885, même Société).

Philosophie de la brosse à dents (lu le 7 novembre 1885, d°).

Régulateurs et méthodes de correction des irrégularités, (lu le 4 juin 1885, d°).

Nouvelle méthode de palais à crochets comparée au travail à pont, (lu le 7 juin 1890, d°).

Qu'est-ce que la dentisterie peut opposer à l'hypothèse de l'évolution organique ? (lu au Congrès de Chicago en 1893).

La cataphorèse comparée à l'application directe du courant galvanique pour calmer la dentine sensible ; moyen d'exclure l'une et l'autre de la pratique, (lu devant la section dentaire de l'Association médicale américaine le 2 juin 1897).

Souvenirs d'un voyage à travers l'Europe jusqu'au Congrès international de Moscou en 1897 (1898).

L'articulation scientifique des dents humaines basée sur les lois géométriques, mathématiques et mécaniques (1899).

Voici maintenant les productions les plus importantes de son génie inventif :

Le maillet électro-magnétique, conçu en 1867, breveté en 1873, qui lui valut la grande médaille d'or de l'Institut Franklin de Philadelphie en novembre 1875. Son premier tour dentaire, imaginé en 1874, fut breveté en 1875, mais ne rre fut pas employé. Son tour dentaire à corde, connu sous le nom de tour dentaire Bonwill et qui reposait sur les principes essentiels de son tour chirurgical, fut breveté en 1877 et introduit dans le commerce en 1879.

En novembre 1875 il annonça au même Institut sa découverte de l'anesthésie par la respiration rapide. En 1879 il breveta son maillet automatique, dont le principe fondamental était contenu dans le fouloir rotatif de Donaldson breveté en 1875 ; mais aucun de ces deux inventeurs ne connut l'invention de l'autre avant que le maillet de Bonwill fît l'objet d'une demande de brevet. En 1881 il prit un brevet pour sa couronne.

Il a inventé la fraise en diamant, l'emploi du papier buvard japonais dans l'introduction des obturations d'amalgame, un disque double pour réduire et effiler les tire-nerfs, des disques de caoutchouc dur et de coryndon, une matrice cervicale, de nombreuses pièces pour le tour dentaire et le tour chirurgical, des dentiers partiels à crochets pour remplacer le travail à pont, de nombreux procédés de manipulation.

Son articulateur anatomique doit être classé au nombre de ses meilleures inventions, non seulement à cause de sa valeur intrinsèque, mais parce que son auteur développa en même temps son système consistant à articuler des dents artificielles d'après certaines lois géométriques qui n'ont pas encore été comprises et appréciées par la profession comme elles le méritent. Bonwill croyait que son principe de construction géométrique de la mâchoire humaine contenait la vérité fondamentale qui, poussée à ses conséquences logiques complètes, démontrait la négation de la doctrine de l'évolution des formes de l'animal. Son hypothèse n'est pas encore prouvée, et au moment de sa mort il travaillait à un ouvrage destiné à la soutenir; mais, indépendamment de cette phase de la question, ses études sur l'articulation humaine nous ont fourni la première base solide pour la reconstruction prothétique de la denture humaine qui ait jamais été énoncée.

Son activité comme inventeur ne se bornait pas au domaine de la dentisterie. Il a perfectionné des moissonneuses pour le blé, il a in-

venté des lampes à Kérosène, des fixateurs pour souliers; il travaillait à une voiture aérienne basée sur le principe des trolleys et prétendait avoir imaginé l'injecteur Giffard 4 ans avant son introduction en France.

Sa profession, qu'il aimait, a profité de ses inventions peut-être plus qu'elle ne se l'imagine. Il prétendait quelquefois ne pas être apprécié à sa juste valeur. Qui sait ? Il était honoré dans son pays et à l'étranger par ses confrères; il était membre de Sociétés dentaires russes, hollandaises, allemandes, espagnoles et françaises, dont il reçut des décorations et des honneurs. Il était honoré de même en Amérique et certainement aussi aimé, bien que les différends que provoquait parfois son caractère particulier engendrassent des antagonismes momentanés. Il fut Bonwill du commencement à la fin et il fut grand pour ceux qui le connurent bien.

JACOB STERN

On annonce la mort, à l'âge de 83 ans, de M. Jacob Stern, ancien fournisseur pour dentistes et l'un des premiers qui aient entrepris ce genre de commerce en France. Il avait fait fortune depuis 20 ans environ et s'était retiré des affaires sans céder sa maison, qu'il avait fermée.

C'était une figure bien particulière que celle de cet excellent homme, avec ses sympathies et ses antipathies, toujours de bon conseil pour ceux vis-à-vis desquels il était bien disposé. Il avait beaucoup voyagé et connaissait bien les principaux dentistes de l'Europe. Le premier, il a tenu des produits américains, dans son petit appartement de la rue Montmartre, qui ne ressemblait en rien aux magasins modernes si bien installés.

Ils sont nombreux, ceux auxquels il rendit service. Au nom de ceux qu'il obligea, nous lui adressons un dernier adieu et exprimons à sa famille nos bien sincères condoléances.

G. V.

AUGUSTE WACHONRUE

On annonce également le décès de M. Auguste Wachonrue, fournisseur pour dentistes et membre de l'Association générale des dentistes de France, à l'âge de 54 ans.

Nous exprimons nos bien vifs regrets à toute sa famille.

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros........................ **8** francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. **5** »).

L'administration de L'Odontologie *est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.*

1 **A CÉDER** tout de suite un cabinet faisant de 6.000 à 7.000 fr. d'affaires prouvées, seul dans ville du Midi de 18.000 habitants, clientèle facile, peu de frais. Prix demandé, y compris l'installation très confortable : 8 000 fr , dont 5.000 comptant. S'adresser à M. Bec, place Sainte-Marthe, à Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour M. Ener. (159-[8])

2 *A céder*, ***APRÈS FORTUNE***, très bon cabinet dentaire dans ville importante de *l'Ouest*. — Recettes 30.000 fr. — Peu de frais. — Facilités. — *Très pressé*. S'adresser à A. Gallet, 92, boulevard du Port-Royal, Paris. (170-[4])

3 **CHAMBRES AVEC PENSION**, dans famille distinguée, *conviendraient à Elèves de l'Ecole Dentaire*, 53, faubourg Montmartre, Paris. (180-[4])

4 Un **DIPLOMÉ** de l'*École dentaire de Paris* et de la *Faculté de médecine* demande place **OPÉRATEUR**, PARIS ou PROVINCE. S'adresser M. G., 42, faubourg Montmartre, Paris. (181-[3])

5 ***JEUNE DIPLOMÉ*** de l'École dentaire de Paris désire une place d'opérateur à Paris. Ecrire A. B. C. aux soins de M. Papot, 67, rue Saint-Lazare, Paris. (182-[3])

6 **CHIRURGIEN-DENTISTE** de la *Faculté de Médecine de Paris*, **DIPLOMÉ ET CHEF DE CLINIQUE** d'une *Ecole dentaire de Paris*, s'offre comme ASSOCIÉ ou pour DIRIGER UN CABINET, à Paris. Ecrire aux initiales M. O. Monde dentaire, 9, rue de Londres, Paris. (183-[3])

7 Un DENTISTE de Paris offre de prendre en **PENSION** un élève de *l'Ecole dentaire de Paris*. S'adresser à M. L. LEVADOUR, 18, rue Papillon. (184-[3])

8 **M. PERRIER-NÉDEY**, chirurgien-dentiste patenté, a l'honneur de prévenir MM. les docteurs et chirurgiens-dentistes établis en France, Algérie et Tunisie, qu'il se tient à leur disposition pour l'intérim de leur cabinet pendant leurs absences, maladies, etc., comme opérateur et mécanicien. Pour tous renseignements et conditions lui écrire à Marseille, boulevard Dugommier, 4. — Sur demande sa photographie sera envoyée. (185-[3])

9 *A céder* : ***TABLEAU-ENSEIGNE POUR DENTISTE***, représentant deux têtes en cire, grandeur naturelle, prix exceptionnel. S'adresser à l'apparriteur de l'Ecole, 5 bis, cité Milton. (186-[2])

10 **BON OPÉRATEUR**, *diplômé de l'Ecole dentaire de Paris*, demande une situation à Paris. Ecrire à F. F. 18, rue Saint-Georges, Paris. (187-[2])

11 **ON DEMANDE** pour une grande ville de l'Ouest un OPÉRATEUR BON MÉCANICIEN, de préférence *chirurgien-dentiste*. Ecrire à D.D.N. aux soins de M. Ed. Papot 67 rue Saint-Lazare, Paris. (188-[1])

12 **Jeune homme** dentiste 30 ans désire **ÉPOUSER DEMOISELLE DENTISTE** F. M. P. Ecrire à K. H. 66 boulevard Pasteur, Paris. (189-[1])

13 ***POUR CAUSE DE SANTÉ***, à céder EXCELLENT CABINET, ville industrielle région du *Nord-Est*, affaires 45.000 fr. — frais 15.000 fr. Ecrire à S. K. aux soins de M. Ed. Papot, 67 rue Saint-Lazare, Paris. (190-[1])

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

Un concours pour deux postes de chefs de clinique de chirurgie dentaire, aura lieu dans trois mois, à l'École dentaire de Paris. Le programme sera publié prochainement.

Les examens a la Faculté.

Une session d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine. Parmi les candidats admis, relevons les noms de MM. Loustalot, Vicat, Fabret, Blatter, etc., élèves de l'École dentaire de Paris, qui ont reçu des félicitations du jury.

Mariage de M. Douhet.

On annonce le mariage de M. Arthur Douhet, chirurgien-dentiste, membre de l'Association générale des dentistes de France, avec Mlle Blanche Cochenet.

Toutes nos félicitations aux jeunes époux.

Maison Wachonrue et A. Créange.

La maison de fournitures pour dentistes A. Wachonrue et A. Créange, 69, rue Montmartre, Paris, n'en continue pas moins son commerce, malgré le décès de M. Wachonrue que nous annonçons d'autre part, sous la direction de M. Créange.

DERNIÈRE HEURE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de Madame Heïdé mère, décédée à l'âge de 74 ans, à Christiana (Norwège).

Nous adressons à notre distingué confrère et ami, M. Heïdé, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, l'expression de notre vive sympathie et tous nos sentiments de condoléance à l'occasion de cette perte cruelle.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.

N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons avec plaisir.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

? N° 89. — *Où peut-on se procurer le caoutchouc pour le mode d'adhérence des plaques dentaires préconisé par M. le Dr Spyer?*

J. L.

? N° 90. — *Où peut-on se procurer également le livre de M. le Dr Redier traitant de la carie dentaire?*

J. L.

☞ *Réponse.* — A la librairie G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, Paris.

? N° 91. — *Quelle est la provenance de l'albâtre pour pansement préconisé par M. Mendel Joseph dans un dernier article de L'Odontologie, et comment faut-il procéder pour en obtenir les meilleurs résultats?*

☞ *Réponse.* — L'albâtre en question se trouve dans tous les dépôts dentaires de France; son mode d'emploi ne diffère pas sensiblement de celui des ciments dentaires en général.

Une petite quantité d'albâtre est déposée sur une plaque de verre; on y verse une ou plusieurs gouttes de solution aqueuse de chlorure de sodium à 15 o/o, on mélange le liquide avec le solide pour former une pâte de consistance molle, qu'on porte dans la cavité dentaire. Une fois le durcissement obtenu, ce qui demande 2 minutes environ, on recouvre le tout avec une couche de stéarine à l'aide d'une spatule bien chaude. Il est important d'exclure la salive pendant l'insertion de l'albâtre.

M. J.

? N° 92. — *Peut-on obtenir par la cataphorèse, en chirurgie dentaire, une anesthésie égale ou supérieure à celle qu'on obtient avec les injections de cocaïne, et quelle est la meilleure méthode?*

L. S. (de Wilna).

? N° 93. — *Un mécanicien, qui n'est pourvu d'aucun titre professionnel, et que le dentiste qui l'employait a congédié, s'est établi pour son propre compte, en apposant sur sa porte une plaque de dentiste. Sur une plainte portée contre lui à raison de ces faits, le Parquet a refusé de poursuivre. Que penser de la solution intervenue?*

☞ *Réponse.* — Pour répondre utilement à la question posée, il faudrait être mieux fixé que nous ne le sommes sur la nature de la plainte.

Voulait on que des poursuites fussent exercées pour pratique illégale de l'art dentaire par un non diplômé, ou lui reproche-on simplement l'usurpation d'un titre qui ne lui appartenait pas? Raisonnons dans les deux hypothèses.

1° *Pratique illégale de l'art dentaire par un non-diplômé.*

Les faits et circonstances ne permettaient pas — croyons-nous — au Parquet d'exercer des poursuites.

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, dans son titre V, détermine les éléments constitutifs de l'exercice illégal.

« Exerce illégalement, la médecine (porte l'article 16 — 1°) toute personne qui, non munie d'un diplôme... de chirurgien-dentiste,... prend part, habituelle

ment ou par une direction suivie... à la pratique de l'art dentaire,... sauf les cas d'urgence avérée... »

De ce texte, dont les termes semblent bien précis, il résulte qu'il faut, pour qu'une poursuite soit possible, qu'il y ait eu *direction suivie*, du traitement, ou *habitude de la pratique dentaire*.

Un fait unique de pratique professionnelle ne saurait suffire à mettre la justice pénale en mouvement.

Autrefois, il n'en allait pas ainsi.

L'habitude n'était pas légalement exigée, pour qu'on fût considéré comme praquant illicitement l'art dentaire ; une simple opération aurait suffi pour constituer le délit, du moment que l'individu à qui elle était reprochée n'était point pourvu de diplôme (Cass. 1er mars 1834).

La loi nouvelle, exceptant d'ailleurs les cas d'urgence avérée, n'entend interdire que le traitement habituel par un non-diplômé ou un non patenté (dans les termes de l'article 32), de maladies ou d'affections exigeant des connaissances techniques.

Des opérations purement matérielles, sans caractère médical, telles que le nettoyage ou l'arrachage de dents, la prise d'empreintes, ou la fabrication et la vente d'appareils dentaires, sans qu'on ait pris habituellement pour les faire la qualité de chirurgien-dentiste, ne tomberaient pas sous l'application de l'article 16.

Ainsi s'explique l'abstention du Parquet :

1° Parce qu'il n'y a pas eu pratique de l'art dentaire, dans le sens médical ;

2° Parce qu'il n'y a pas eu en tout cas *habitude* de cette pratique technique.

Quand y a-t-il habitude ?

« C'est là (dit judicieusement le *Répertoire général alphabétique du droit français*, V. dentiste, n° 137) une question de fait laissée à l'appréciation des tribunaux... A ce point de vue, les circonstances de la cause doivent exercer une grande influence... Deux ou trois faits (à courts intervalles) peuvent suffire pour constituer l'habitude, lorsqu'il est établi que l'individu contre lequel ils sont relevés est muni de tout un outillage de dentiste, qu'il a prescrit un véritable traitement, qu'il a reçu des honoraires, que les cas dans lesquels il est intervenu ne présentaient aucune urgence, et qu'en un mot il a ouvert une véritable officine de dentiste. »

2° *Usurpation du titre ?*

Mais nous estimons que si le plaignant, au lieu d'invoquer la loi de 1892 (Art. 16), avait demandé qu'on appliquât l'article 19 qui punit d'une amende de 100 à 500 francs l'usurpation du titre de dentiste, sa demande n'eût pas été repoussée.

Le mécanicien qui use d'une plaque de dentiste, sans être pourvu du diplôme qui lui donne le droit d'exploiter un cabinet dentaire (V. *L'Odontologie*, 1888, p. 221) est bien un usurpateur,

Et, à défaut des poursuites du Parquet, la partie lésée aurait pu par voie de citation directe, et invoquant l'application de l'article 1382 du Code civil, obtenir réparation devant les tribunaux civils du préjudice que lui aurait causé tout acte de concurrence de la part du mécanicien.

? N° 94. — *Y a-t-il moyen, pour un dentiste, d'éviter la concurrence qu'entend lui faire un mécancien qu'il a congédié, et qui, s'établissant pour son propre compte, prétend « tout faire, sauf les extractions ? »*

☞ *Réponse.* — En principe, la clientèle d'un dentiste, fondée sur la confiance publique et sur le libre choix des parties intéressées, n'est pas dans le commerce. C'est un art, non une industrie ou un commerce, qu'exerce le dentiste et l'on peut se demander, si, en présence de la loi du 30 novembre 1891, la Cour de Montpellier aurait décidé, comme elle a fait par arrêt en 21 mars 1891 (V. *L'Odontologie*, 1891, p. 460) qu'un dentiste peut s'interdire d'exercer, au moyen de la cession de sa clientèle au profit d'un autre.

Mais il y a dans l'art dentaire une partie industrielle ou commerciale, qui peut légitimer des accords intervenus entre un dentiste et le mécanicien qu'il emploie.

Le dentiste peut, par exemple, lui faire signer l'engagement de ne pas exercer dans tel rayon déterminé ou dans telle localité, au cas où il le quitterait.

Mais il ne saurait lui interdire tout acte rentrant dans l'exercice habituel de

sa profession de mécanicien, tel que la prise d'empreinte des dents ou la fabrication d'appareils dentaires (V. Répert. gén. alphab. du droit franç. V, dentiste, n° 135).

Le principe qui domine la matière, c'est la liberté complète de la concurrence, pourvu qu'elle soit *loyale*, et, à défaut d'une convention expresse limitant dans l'avenir l'exercice des droits du mécanicien, ce dernier ne saurait être entravé dans l'emploi professionnel de ses facultés.

Le dentiste n'est pas toutefois, suivant nous, absolument désarmé, et, pour empêcher son ancien mécanicien de lui faire tort, il peut, en vertu des articles 16 et 19 de la loi du 30 novembre 1892, solliciter des poursuites contre le mécanicien pour exploitation illégale d'un cabinet de dentiste, si les faits reprochables constituent une pratique illégale de l'art dentaire (dans le sens de la loi), et s'il y a eu dans cette pratique illégale habitude ou direction suivie (V. *L'Odontologie*, 1897, p. 32, et 1898, p. 220).



M. le Professeur POZZI

SÉNATEUR

PRÉSIDENT DE LA SÉANCE DE RÉOUVERTURE DES COURS 1899-1900

19e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1899 IIe SÉRIE. VOL. IX

L'ODONTOLOGIE

Revue bi-mensuelle.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

FÊTE DE RÉOUVERTURE DES COURS

ALLOCUTION DE M. CH. GODON,

Directeur de l'École.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Dans une réunion professionnelle récente où j'avais à prendre la parole comme Directeur de cette école, je disais que nous formons tous dans cette maison une vaste famille, que nos élèves sont nos amis, nos enfants. Ces paroles sont trop bien l'expression de ma pensée et de la vérité pour que je n'y revienne pas ce soir, au milieu de cette fête tout intime, à laquelle assistent la plupart de nos élèves, de nos collègues, des amis de cette Société, en présence du grand chirurgien, de l'éminent sénateur, M. le professeur Pozzi[1], qui a consenti à s'arracher un instant à ses si multiples et si absorbantes occupations pour venir, par sa présence à ce fauteuil, vous donner l'appui de sa sympathie précieuse et encourageante (*Applaudissements*).

Cette réunion constitue donc ainsi une sorte de grand conseil de famille et nous ne saurions mieux faire que d'y causer un peu de nos affaires. N'est-il pas naturel en effet que je vous entretienne de la direction que nous donnons à

---

1. Nous donnons ci-contre le portrait de M. le professeur Pozzi.

notre Société, de l'orientation que nous lui imprimons, et puisque la confiance de mes confrères et de mes collaborateurs m'a depuis si longtemps déjà placé au gouvernail, n'est-il pas juste que vous sachiez toujours quelle route suit votre pilote, vers quel port il dirige votre navire ?

Cette orientation, c'est l'avenir de nos élèves, c'est aussi un peu celui de la profession ; mais c'est surtout celui de cette école, qui est intimement lié au leur.

Ai-je besoin de rappeler que, si cette institution a donné de si bons résultats, c'est qu'elle est uniquement basée sur le principe de l'initiative privée et de la solidarité professionnelle, écartant toute idée de profits individuels ? Ai-je besoin de rappeler que c'est à son caractère impersonnel, à son côté philanthropique qu'elle doit d'avoir été favorisée par les hommes éminents qui lui ont accordé leur précieux appui et forment son Comité de patronage? Mais cette école repose aussi sur un autre principe : elle représente plus particulièrement une des manifestations spéciales et intéressantes de l'enseignement libre en France, dont nous avons si souvent pris la défense et que nous avons toujours soutenu depuis vingt ans dans nos diverses réunions.

Mais, vous le savez, les mots n'ont qu'une valeur relative et souvent leur sens se modifie par suite d'une évolution naturelle des idées qu'ils représentent et aussi par suite de l'actualité. Il en est ainsi des mots *enseignement libre* que je viens de prononcer et qui depuis quelque temps ont pris une signification un peu..... séditieuse.

On sait quelles luttes ils ont provoquées entre les divers partis politiques et quels nouveaux combats ils sont à la veille de susciter. Je crois donc nécessaire, afin que nous ne subissions pas les conséquences imméritées des chocs politiques qui peuvent se produire autour de nous et pour ne pas laisser se créer de fâcheux malentendus, je crois nécessaire, dis-je, que nous nous expliquions un peu sur notre rôle d'établissement d'enseignement libre, aujourd'hui précisément où nous avons la bonne fortune d'être présidés par l'éminent sénateur qui s'occupe d'une manière si active

de la réforme de l'enseignement *(Applaudissements)*.

L'enseignement libre, d'une manière générale, comprend, vous le savez, des établissements d'enseignement primaire, secondaire ou supérieur, dirigés par des hommes indépendants des Universités de l'État, par opposition à l'enseignement donné par les professeurs de l'État. Ni le premier ni le second de ces enseignements ne font ici l'objet de nos préoccupations immédiates, si ce n'est dans une limite très restreinte, puisque pour entrer dans notre école nos futurs élèves peuvent avoir demandé à l'un ou à l'autre les connaissances qui constituent la condition *sine qua non* de leur admission chez nous, et que par suite les luttes au sujet de l'enseignement moderne et de l'enseignement classique ne nous offrent plus qu'un intérêt secondaire. Il en est autrement de l'enseignement supérieur.

Nous sommes un établissement d'enseignement supérieur; mais dans cet enseignement il y a lieu de distinguer, comme je le faisais au Congrès de Lyon en 1898, le haut enseignement, philosophique, scientifique ou littéraire et l'enseignement purement professionnel, préparatoire à l'exercice de certaines professions, comme la médecine, la pharmacie, le barreau, etc.

Parmi les différents établissements libres qui se consacrent à l'enseignement supérieur, il en est qui ont été créés pour faire concurrence aux Facultés et aux Écoles de l'État; il en est dont la fondation a été inspirée par une philosophie confessionnelle spéciale, comme les universités catholiques par exemple, ou par une théorie scientifique nouvelle, comme l'Institut Pasteur. Je n'ai pas besoin de vous dire que nous ne rentrons ni dans l'une ni dans l'autre de ces catégories. Mais il en est d'autres qui, par le caractère essentiellement professionnel (technique) de leur enseignement sont de véritables annexes de ceux de l'État, parce qu'ils donnent un enseignement complémentaire, auxiliaire, qui n'a pas trouvé sa place dans l'organisme universitaire, pourtant si vaste, par exemple l'école des sciences morales et politiques, l'école des hautes études commerciales, l'école

du notariat, les écoles supérieures de commerce de Paris et de la province et, pendant longtemps, l'école centrale des arts et manufactures, etc., etc. C'est là notre cas et c'est ce que je tiens à bien établir ce soir devant vous,

Quand vont s'ouvrir ces grands débats de la réforme de la loi sur l'enseignement, dites-vous bien que nous ne sommes nullement en cause, que nous n'avons pas à prendre parti, si ce n'est comme simples citoyens, que cet enseignement libre qu'on représente comme adversaire, comme rival de l'État républicain n'est pas le nôtre, n'est pas celui de cette Ecole, qui doit à la République de pouvoir exister, non par simple tolérance administrative, mais en vertu de lois précises comme celles de 1875, de 1884 et de 1894 sur l'enseignement supérieur et sur les syndicats professionnels *(Applaudissements)*. Nous ne sommes pas non plus des adversaires des Universités de l'État, puisque notre Conseil d'administration décidait, il y a peu de jours encore, d'envoyer l'adhésion et la souscription de notre Société à l'association nouvelle des amis de l'Université de Paris.

Nous ne faisons pas concurrence à l'État, puisque nous donnons un enseignement qu'il ne donne pas lui-même et que nous avons simplement voulu par la création de cette école, il y a vingt ans, combler une lacune, en ne nous laissant guider que par les idées, les aspirations et les besoins de notre profession. C'est sur ce point seulement que porte la légère divergence de vues et de buts que nous pouvons avoir, non avec les pouvoirs publics, non avec l'Etat, mais seulement avec quelques-uns des représentants officiels de l'Administration supérieure. Nous estimons, nous, que l'enseignement technique nécessaire à l'exercice d'un art, d'un métier, d'une industrie, ne peut être donné par personne avec plus de compétence, avec plus de connaissance des nécessités de la pratique professionnelle que par les gens familiarisés avec cet art, ce métier, cette industrie. Ce principe général, que partagent la plupart de ceux qui se sont occupés d'enseignement professionnel, nous semble plus applicable quand il s'agit de l'enseignement de l'art

dentaire, dont les nécessités sont encore méconnues de la majorité des représentants des administrations officielles. Ceux-ci en sont encore à la vieille conception de Magitot, qui confondait volontairement deux spécialités si distinctes : celle qui s'occupe du traitement des maladies de la bouche avec celle qui se limite au traitement des affections des dents, la *stomatologie* et l'*odontologie*.

Cet enseignement de l'*odontologie*, que nous avons créé de toutes pièces et que nous perfectionnons sans cesse avec un soin jaloux, inspiré par un idéal toujours plus élevé, il est bien juste que nous cherchions à en conserver la direction à nos associations professionnelles qui l'ont fondé, afin qu'elles en demeurent les gardiennes et les dispensatrices.

Mais si les dentistes de France font ainsi œuvre d'éducation de la jeunesse professionnelle de notre pays, s'ils veulent continuer cette œuvre en conservant leur autonomie, leur indépendance, ils n'en ont pas moins, nous n'en avons pas moins tous pour l'Université de Paris, pour sa Faculté de médecine, notre commune mère, une respectueuse affection. N'avons-nous pas des liens nombreux qui nous rattachent à cette Université, à cette Faculté ? La première délivre des diplômes qui permettent aux jeunes gens l'entrée dans notre Ecole ; la seconde leur confère des diplômes qui leur en ouvrent la sortie, c'est-à-dire l'exercice de la profession. Et puis ne comptons-nous pas dans notre corps enseignant de nombreux membres appartenant à l'une et à l'autre ? N'avons-nous pas d'excellentes relations avec la première et la seconde ? Et la présence ici ce soir, à cette place, du savant professeur de l'Ecole de médecine, après tant d'autres de ses collègues, après les présidences répétées du vénéré doyen de la Faculté, M. le professeur Brouardel, n'est elle pas une nouvelle preuve de ces attaches multiples? Non, nous ne voulons pas laisser se produire à cet égard la moindre équivoque, nous ne voulons pas laisser subsister la moindre prévention, nous qui pendant si longtemps avons souffert des préjugés et qui savons par expérience combien ils sont difficiles à déraciner.

Nous pouvons, comme toutes les écoles d'application qui existent à Paris et que je vous citais tout à l'heure, continuer à vivre d'une manière indépendante, autonome, avec nos prérogatives spéciales, tout en respectant les lois et les décrets, tout en appartenant enfin à la grande famille universitaire, en prenant cette appellation dans sa véritable et sa plus large acception *(Applaudissements)*.

L'occasion qui s'offre ce soir à nous dans cette séance de réouverture des cours est trop favorable pour que je n'en profite point en insistant sur cette définition, qui précise bien notre situation et limite nettement nos aspirations, aussi bien vis-à-vis de nous-mêmes que vis-à-vis des pouvoirs publics. Nous ne sommes et nous ne voulons être qu'une école préparatoire à l'exercice de la profession de dentiste, fondée par l'Association générale des dentistes de France, sous son inspiration immédiate, et restée sous sa garantie normale, qu'une école technique prenant place au milieu des écoles supérieures professionnelles, donnant un enseignement bien spécial, qui ne peut s'acquérir nulle part dans les innombrables établissements de l'Etat, comme nous le montrera tout à l'heure notre jeune professeur de thérapeutique, ancien diplomé de cette école, M. le Dr Maurice Roy, dans sa conférence.

En me servant à plusieurs reprises des mots *enseignement supérieur professionnel*, je ne crée pas, croyez-le bien, un terme nouveau pour les besoins de la cause. Je lisais récemment dans la *Revue Internationale de l'Enseignement supérieur* une étude dans laquelle un professeur de l'Université de Montpellier proposait d'organiser de plus en plus dans les quinze nouvelles Universités de l'Etat, telles que les a constituées une loi récente, *l'enseignement supérieur professionnel* distinct de l'*enseignement supérieur proprement dit.* Il citait quelques-unes des Universités de province qui sont déjà entrées dans cette voie et qui ont créé des cours et des diplômes nouveaux en rapport avec les besoins de leurs régions respectives.

Je sais bien que cette conception de *l'enseignement*

supérieur professionnel dans les Universités n'est pas partagée par tous les universitaires. Ainsi l'éminent doyen de la Faculté des sciences de Paris, M. Darboux, dans son rapport au Conseil supérieur de l'Instruction publique, s'exprimait ainsi : « Loin de nous la pensée de transformer nos Facultés en écoles d'arts et métiers, en écoles spéciales d'application. »

Par cette citation, vous voyez qu'il y a divergence de vues sur ce point; mais, que l'une ou l'autre de ces deux conceptions l'emporte, il n'en reste pas moins la constatation de l'existence, dès maintenant, d'un enseignement supérieur professionnel pour l'étude des professions libérales distinct du haut enseignement supérieur philosophique, scientifique ou littéraire, et distinct aussi du simple enseignement professionnel primaire pour l'apprentissage des diverses professions industrielles et agricoles.

Cet enseignement supérieur professionnel est libre ou sous la direction de l'Etat. Libre, il peut être créé par les collectivités, comme les associations professionnelles, ou par de simples individualités dans des buts divers.

La plupart des grandes écoles d'application de Paris, et parmi elles nos écoles dentaires, font partie, comme nous venons de le voir, de l'enseignement supérieur professionnel libre. La conservation de leur organisation actuelle semble, dans tous les cas, assurée pour longtemps, comme le constate le distingué professeur de l'Université de Montpellier que je citais tout à l'heure.

Excusez-moi si je me suis appesanti un peu trop sur cette question, qui peut paraître plutôt aride à quelques auditeurs; s'il m'a semblé nécessaire d'y insister ainsi, c'est que récemment j'entendais quelques-uns de nos collègues prononcer publiquement sur l'enseignement libre que nous représentons des paroles qui m'ont montré qu'ils n'avaient point sur cette question en ce qui concerne notre école la conception qu'il convient d'avoir aujourd'hui, et que, sous peine de créer de fâcheux malentendus, il fallait au plus tôt rectifier par une formule nouvelle cette conception erronée et dire à

tous ceux qui collaborent avec moi à cette œuvre et à tous les élèves qui viennent apprendre ici leur art que, si, d'une manière générale, nous appartenons à l'enseignement libre, nous sommes, je le répète, classés par la nature de nos études et de notre organisation dans l'*enseignement supérieur professionnel*, qui reste tout à fait en dehors des luttes politiques qui vont s'engager prochainement sur la réforme de l'enseignement.

Professeurs et élèves, vous n'avez donc rien à redouter au sujet de notre avenir et vous pouvez travailler en paix à l'abri de cette institution, qui, comme vous l'indiquera tout à l'heure dans son rapport notre excellent Secrétaire-général, M. le Dr Sauvez, devient chaque année plus prospère, plus florissante, grâce au dévouement de tous nos collaborateurs, membres du Corps enseignant et du Conseil de direction, et particulièrement de notre dévoué Directeur-adjoint, M. Martinier *(Applaudissements)*.

Oui, travaillez en paix, car déjà une pédagogie spéciale, qui aura pour effet de créer de meilleurs praticiens, se forme et s'établit dans les écoles dentaires du monde entier; travaillez en paix, parce que dans quelques mois nos confrères de l'étranger vont venir examiner nos méthodes d'enseignement à la suite de l'invitation que nous leur avons adressée pour le congrès de 1900. Nous sommes assuré que notre école pourra supporter aisément la comparaison avec les meilleures écoles similaires des autres pays. Travaillez en paix, parce que — nous pouvons le dire devant les hommes éminents de la science et de la politique qui font partie de notre Comité de patronage, devant les représentants de l'administration officielle les plus jaloux de la prépondérance de l'Etat, devant des maîtres de l'Université, — nous avons toujours conscience que l'Ecole Dentaire libre de Paris continue à être une œuvre d'utilité publique et que depuis sa fondation elle ne cesse de rendre des services non seulement à la profession, mais encore à l'Etat et par suite au pays *(Vifs applaudissements)*.

L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro la remarquable conférence de notre distingué collaborateur M. le Dr Roy.

RAPPORT DE M. LE Dr SAUVEZ,

Secrétaire général.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Chargé de vous mettre au courant des événements qui se sont écoulés pendant l'année dans le groupement de l'Ecole dentaire de Paris, je vais m'efforcer de le faire brièvement et de retenir le moins de temps possible votre attention.

A tout seigneur, tout honneur ; aussi je crois qu'il m'est impossible de ne pas commencer par signaler la grande distinction, si bien méritée, offerte à notre Ecole par le gouvernement en plaçant la croix d'honneur sur la poitrine de notre distingué directeur, M. Godon. *(Applaudissements répétés.)*

Vos applaudissements sont pour lui une récompense — qui le touche profondément — du travail incessant qu'il a fourni à cette œuvre qu'il a créée, qu'il a dirigée avec tant d'adresse et d'énergie parmi les divers obstacles, et que nous espérons bien qu'il guidera encore, pour le bien de cette Ecole, pendant de longues années. *(Applaudissements.)* Et qui serait mieux placé pour guider l'évolution de cette Ecole que l'homme que vous venez d'entendre nous exposer si clairement tout à l'heure l'orientation qui est préférable pour notre enseignement ? Je froisserais sa modestie en insistant ; au reste tous ceux qui ont assisté à la fête que ses amis et ses admirateurs lui ont offerte, il y a quelques jours, ont encore présente à l'esprit l'émotion profonde qu'avait laissée dans leur cœur cette grande manifestation.

Nous allons dans ce rapport examiner tout d'abord ce qui intéresse l'administration de l'Ecole, puis nous examinerons les modifications apportées dans le personnel du corps enseignant et dans les divers services relatifs à l'enseignement. Nous verrons ensuite quelle est notre situation en tant qu'Ecole et que Dispensaire, et nous terminerons en vous disant quelques mots des groupements annexes, (remarquez que je ne dis pas secondaires) qui gravitent dans l'orbe de l'Ecole et contribuent à sa vitalité et à sa prospérité.

J'aborde donc immédiatement le premier changement important apporté dans l'administration de cette Ecole, par décision du Conseil d'administration du 10 janvier de l'année présente. La multiplicité des affaires à traiter, l'étendue sans cesse croissante des attributions du directeur ont nécessité la division en deux parties de la

direction générale de l'Ecole : l'une concernant les rapports avec l'extérieur, et nous avons prié M. Godon de continuer à s'en occuper : l'autre concernant les affaires intérieures, c'est-à-dire les rapports avec le corps enseignant, la direction des élèves et du personnel. Le Conseil a prié M. Martinier, qui vous faisait l'année dernière à cette séance un rapport si documenté, d'assumer cette lourde tâche, tâche à laquelle il consacre une activité et un travail de tous les instants. Je suis certain d'être votre interprète en lui adressant ici tous nos remerciements. *(Applaudissements.)*

N'allez pas croire que cette division des pouvoirs, des fonctions, vient de ce que nous devenons, d'une façon générale, moins travailleurs à l'Ecole ; mais soyez bien persuadés que ce n'est que l'augmentation du travail qui a rendu cette scission nécessaire. Je vous en donnerai une idée en vous disant que pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, il a été écrit, par le seul service du secrétariat général, plus de huit cent lettres, sans compter les innombrables notes de service.

Au sujet de notre ami Martinier, nous avons également le plaisir de signaler sa nomination comme dentiste de l'asile de Vaucluse, faite cette année par M. le préfet de la Seine, nomination qui honore autant le titulaire que les administrateurs qui l'ont choisi. *(Applaudissements.)* Dorénavant nos élèves pourront donc exécuter, dans cet asile une partie des travaux pratiques de clinique que nous leur demandons, comme ils le faisaient déjà à l'Asile Sainte-Anne, ainsi que dans le Service dentaire doublement hospitalier de notre intéressant conférencier de ce soir, M. le Dr Maurice Roy.

Nous venons de voir que notre Ecole compte actuellement : 1° un ministère des affaires étrangères, dont le titulaire est M. Godon, qui est en même temps président du Conseil ; 2° un ministère de l'Intérieur, qui comprend toute l'administration intérieure (mais ne s'occupe pas de politique), dont le portefeuille est confié à M. Martinier. Il n'y a pas de Ministère de la guerre, pas plus que des Beaux-Arts, mais il reste encore deux grands ministères : l'un des Finances, l'autre de l'Instruction publique ou, pour mieux dire, de l'enseignement dentaire.

Nos finances, soyez tranquilles, sont en bonnes mains, et notre distingué trésorier, M. d'Argent, est là pour les défendre. Il apporte dans ce service de la trésorerie les qualités qui lui sont propres et ses grandes connaissances spéciales, qualités qu'il apporte aussi dans la direction de l'Association générale des dentistes de France, dont il est le président autorisé. Ce serait un bon souhait à faire que de souhaiter à tous les dentistes qui sont ici d'avoir des comptes aussi bien tenus que ceux de cette Ecole, et dans notre dernière séance du Conseil de Direction M. d'Argent nous a montré avec

une clarté et une précision à laquelle nous rendons tous hommage l'état de prospérité dans lequel se trouve notre Société. *(Applaudissements.)* Et pourtant, vous savez tous quelles dépenses considérables ont nécessitées la nouvelle installation de l'Ecole et celle des nombreux services qui sont créés sans cesse, au fur et à mesure des besoins et de l'utilité pour l'enseignement de nos élèves !

Quant à l'administration de l'enseignement, elle est divisée en deux parties : l'une est du ressort de la Commission scolaire, l'autre du ressort de la Commission d'enseignement.

Pour la première, la Commission scolaire, M. Papot, son président, s'en occupe avec ordre et méthode ; il est toujours sur la brèche et, tout en favorisant dans la mesure du possible les élèves qui travaillent, il apporte dans ces délicates fonctions la rigidité nécessaire pour faire observer le règlement.

La Commission d'enseignement est présidée par M. Lemerle, vice-président du Conseil, et ce n'est pas une sinécure, croyez-le bien, que d'étudier tous les projets et tous les changements proposés et de faire entrer les modifications acceptées, les mutations demandées, dans le cadre de l'organisation existant déjà.

Nous venons de voir les divers organes vitaux de l'Ecole, les viscères de l'organisme que constitue notre groupe. A côté de ces divers services principaux se trouve une série de services annexes.

En première ligne, au point de vue de l'utilité immédiate pour nos élèves, nous placerons la bibliothèque, qui s'accroît de jour en jour par nos achats et la générosité de donateurs nombreux, parmi lesquels M. Michaëls pour une partie importante cette année, et dont l'organisation nécessite de plus en plus de travail. A M. Bonnard, qui y avait beaucoup travaillé les années précédentes, a succédé M. de Marion, qui a également un travail considérable à faire et qui organise actuellement un service de lecture sur place qui sera des plus utiles à nos étudiants. De plus, l'exiguïté relative de nos locaux nous a forcés à déménager la bibliothèque, ce qui lui assure du travail pour plusieurs mois. Nous appelons également votre attention sur l'importance du musée, qui grandit de jour en jour, s'organise, et est à l'heure actuelle le premier de France, et je crois pouvoir dire de l'Europe, sous l'habile direction de M. Lemerle, qu'on y surprend, même le dimanche, occupé à cataloguer, à étiqueter, à classer les multiples pièces qui le composent et qui l'enrichissent chaque jour.

Tout récemment, M. Michaëls, entre autres, nous a fait un cadeau superbe en nous offrant les appareils de prothèse immédiate qui l'ont illustré et que vous connaissez tous. Il en est de même de Mme Delalain, veuve de notre distingué confrère.

Tout récemment aussi, M. Hofzumahaus, l'un de nos démonstrateurs, a offert au musée de l'Ecole, à la suite d'un voyage en Alle-

magne, une série remarquable de pièces destinées à servir à l'enseignement ; ces pièces font partie de la collection du docteur Röse de Munich, elles sont analogues aux pièces d'Auzoux en France, et M. Hofzumahaus les a achetées pour le plaisir de les offrir à l'Ecole. *(Applaudissements.)* Nous lui adressons pour l'Ecole de bien sincères remerciements, d'autant plus que de jour en jour cet enseignement de l'anatomie par des pièces analogues prend de plus en plus d'importance et qu'il rendra à nos élèves les services que rend, par exemple, le mannequin aux accoucheurs.

M. Prével, notre économe, chargé de toutes les cérémonies et de toutes les fêtes, et en particulier de celle-ci, mérite aussi d'être signalé à votre attention et à vos remerciements.

M. Stévenin, président du Conseil de famille, a beaucoup de temps pris également par les diverses réclamations à étudier, les questions à résoudre, les conseils à donner, et il exerce ses fonctions avec une correction et une attention des plus méritoires.

Je prie le corps enseignant de me pardonner d'avoir placé en tête de ce rapport l'organisation de notre administration ; mais il m'a semblé qu'il était juste de mettre en avant ceux qui ont la plus lourde tâche, qui sont toujours les premiers à la peine et qui assument pour le bien de cette Ecole de lourdes fonctions toutes gratuites.

Il rentre aussi un peu dans mon rôle de rassurer sur la conduite de leurs maris les épouses et les filles des divers membres de notre Société qui ont bien voulu ce soir nous faire l'honneur d'assister à cette fête, et que j'entends bien souvent dire : « Comment ! encore ce soir-là à l'Ecole ! Alors pas de théâtre, pas de soirées ! Toujours dans cette Ecole ! »

Soyez tranquilles, Mesdames ; ils viennent là pour travailler, et M. Godon ne les laisse pas digérer paisiblement. Les séances sont fréquentes, l'ordre du jour est éternellement chargé et bien souvent il est minuit passé quand ils sortent d'ici. A la Société d'Odontologie, présidée par M. Lemerle, c'est encore la même chose. Et maintenant que vous êtes renseignées à ce sujet, je suis certain que vous leur conseillerez au contraire de venir encore plus souvent ici pour apporter leur concours et leur bonne volonté à cette institution. *(Applaudissements.)*

Voyons maintenant, si vous le voulez bien, les modifications introduites dans le corps enseignant. Le plus simple me paraît être de vous faire à ce sujet un tableau rapide de la situation actuelle de notre enseignement.

L'étudiant ou l'étudiante qui nous est confié doit apprendre trois choses : des notions théoriques générales sur les sciences médicales, des notions théoriques spéciales approfondies sur l'art dentaire et enfin et surtout le travail pratique au fauteuil et à l'atelier.

Pensant d'une manière générale que l'enseignement donné par des professionnels est le meilleur, et encouragés dans cette voie par l'éminent doyen de la Faculté, nous confions la majeure partie de l'enseignement des notions médicales générales à des personnalités qui ont été pour la plupart désignées sur l'avis de M. Brouardel lui-même.

Pour *l'anatomie générale*, après avoir suivi pendant la première et la seconde année les cours de l'un de nos plus anciens professeurs, notre ami le D[r] Marié, nos élèves vont préciser ces études par des travaux pratiques de dissection à l'amphithéâtre de Clamart sous la direction de M. le D[r] Quenu, professeur agrégé, et avec le concours de MM. les prosecteurs Launay et Robineau et de leurs aides d'anatomie, mes amis les D[rs] Mouchet et Wiart.

Quant à l'enseignement de *l'anatomie régionale et de l'histologie*, c'est-à-dire, anatomie de la bouche et des régions avoisinantes (moins les dents), nous l'avons confié à M. le professeur agrégé Retterer, dont on vous annonçait, l'année dernière, l'acceptation.

M. le D[r] Julien, prosecteur, *(applaudissements)* a été chargé par M. Retterer des conférences sur ce sujet et nous n'avons qu'à nous louer de ce choix, car nos élèves ont déjà profité de ses connaissances profondes en anatomie et de ses remarquables qualités de professeur, rompu depuis longtemps déjà à l'enseignement de cette science si précise et si difficile à enseigner. *(Applaudissements.)*

La direction de l'enseignement de la *pathologie interne générale et spéciale* est confiée à notre sympathique conférencier de l'année dernière, M. le D[r] Launois, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. Cet enseignement comprend des leçons théoriques et des leçons cliniques.

M. le D[r] Marie, qui était chargé des leçons théoriques, a été forcé de nous quitter, nommé à Constantinople sous-directeur de l'Institut de bactériologie, en emportant là-bas tous nos regrets. Si nous regrettons ce départ, nous avons d'autre part le plaisir de voir ce soir parmi nous pour la première fois M. le D[r] de Gennes *(applaudissements)*, médecin des hôpitaux, qui lui a succédé et qui est chargé des leçons théoriques à l'Ecole et des leçons cliniques à l'hôpital Boucicaut. Nous saluons avec plaisir l'entrée de ce nouveau professeur dans notre corps enseignant, et le meilleur éloge à faire de lui est de lui dire combien les élèves sont ravis de son enseignement, de son amabilité pour eux et de l'attachement particulier qu'il leur a montré. Nul doute que les prochains examens ne justifient l'excellence de ce choix, comme la récente session du premier examen d'anatomie a justifié le choix de M. le D[r] Julien.

La direction de l'enseignement de la *pathologie externe générale et spéciale* est entre les mains de notre maître et ami le D[r] Sébileau, qui a commencé ses cours ces jours derniers par une leçon magistrale,

comme il sait les faire, sur le cancer. Disons, en passant, que cette leçon a eu lieu à l'Ecole au moyen des admirables pièces copiées sur le musée de l'hôpital Saint-Louis et dues, comme on vous l'a déjà dit, à l'inépuisable générosité de notre président honoraire, M. Lecaudey. *(Applaudissements.)*

Cet enseignement comprend également des leçons théoriques et des leçons cliniques. Les premières sont faites par M. le Dr Friteau *(applaudissements)*, professeur suppléant depuis *bientôt cinq ans*, et dont le cours est assidûment suivi. Les leçons cliniques sont faites par M. le Dr Sébileau à l'hôpital Saint-Antoine, d'une façon intermittente, en attendant qu'il soit nommé, ce qui ne peut tarder, chef d'un service spécial comprenant la bouche et ses annexes. Ce service comblera une lacune que nous sentons tous et sera des plus utiles pour notre instruction personnelle et pour celle de nos étudiants.

Nous venons de voir comment est organisé l'enseignement de l'anatomie et de la pathologie. Il reste, pour compléter la trilogie médicale, un troisième élément : la thérapeutique générale. Cet enseignement est confié à M. le Dr Monnet depuis de longues années. D'abord chargé de cours, ensuite professeur suppléant, M. le Dr Monnet a été nommé professeur titulaire dans une des dernières séances du Conseil d'administration. *(Applaudissements.)* Cette titularisation est ratifiée par vos applaudissements, comme elle l'était déjà, pour nous, par les services rendus et par les qualités brillantes de professeur, de causeur et de charmeur de M. le Dr Monnet.

Ne craignez pas que j'abuse trop longtemps de votre attention et que j'expose maintenant aussi longuement l'enseignement dentaire spécial, théorique et pratique. Que vous dirais-je à ce sujet, qui ne vous ait été maintes fois répété ?

Conformément à nos idées générales sur l'enseignement professionnel fait par des professionnels, nous sommes là entre dentistes, entre confrères, entre amis, entre collaborateurs à la même œuvre. Cet enseignement forme des dentistes depuis vingt ans et à l'heure actuelle il a donné le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris à quatre cent-quatre élèves, répandus sur tous les coins du monde et qui sont pour la plupart bien considérés et dans de brillantes situations.

L'immense majorité des professeurs, professeurs suppléants, chefs de clinique, démonstrateurs, travaille avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge, sans rétribution ou tout au moins avec une rétribution infime, et donne l'enseignement le mieux qu'elle peut à un nombre d'élèves qui s'accroît d'année en année.

Cet enseignement devient de plus en plus complexe, de plus en plus spécial, au fur et à mesure des progrès de notre art, et dans des proportions dont les profanes ne peuvent se douter.

Laissez-moi, pour faire comprendre cette idée à M. le professeur

Pozzi qui a bien voulu nous apporter, en acceptant la présidence de cette séance, l'appui de sa parole séductrice et de son renom dans le monde entier, lui exposer une petite comparaison, que je ne veux pas pousser trop loin, entre la spécialité qu'il exerce et la nôtre.

Il y a vingt ans, en gynécologie, les tampons imbibés de tel ou tel médicament plus ou moins actif jouaient le rôle principal ; la nature faisait le reste. Aujourd'hui, au contraire, cette science spéciale a tellement progressé qu'elle a permis à M. Pozzi d'écrire son beau livre sur la gynécologie, qui a été traduit dans plusieurs langues et qui permet aux médecins français et aux étudiants de trouver dans ce compendium de la gynécologie moderne des notions et des idées qu'ils étaient auparavant forcés de puiser dans les livres de l'Allemagne *(Applaudissements)*. A l'heure actuelle, cette branche importante et spéciale de la chirurgie est devenue tellement complexe que, de l'avis de tous, la création d'une chaire de gynécologie s'impose, comme s'est imposée la création d'une chaire d'ophtalmologie jadis. Et si des difficultés administratives ont, jusqu'ici, retardé cette création, nul doute qu'il n'y aura pas les même retards à craindre, quand la chaire sera créée, pour trouver le titulaire, que ses travaux ont désigné déjà. *(Applaudissements.)*

Eh bien, en art dentaire, la même évolution a eu lieu. Il y a vingt ans, les petits cotons jouaient le plus grand rôle en dentisterie, et aujourd'hui nous trouvons que trois ans sont à peine suffisants pour apprendre à un élève dentiste les principales choses de sa profession.

Ne voulant pas abuser de votre temps, je vais donc me limiter sur le chapitre des services rendus par le corps enseignant dentiste et je ne vous ferai part que des événements qui ont marqué le cours de cette dernière année dans notre personnel enseignant spécial.

J'ai le pénible devoir, à cette occasion de vous dire qu'il y a un an il a perdu un de ses membres : M. Roger, professeur de jurisprudence et de déontologie, avocat à la Cour d'appel de Paris, qui depuis plusieurs années enseignait à nos élèves leurs droits et leurs devoirs et qui apportait dans ses rapports avec nous tous une amabilité, une bonne volonté inépuisable, qui montraient combien il aimait cette Ecole. Nous avons transmis à sa famille les regrets que nous causait ce deuil et nous la prions d'accepter encore une fois l'expression de notre douloureuse sympathie. *(Applaudissements.)*

Puisque j'ai la pénible mission de vous faire part des disparus, de ceux que la mort impitoyable nous a ravis, je vous fais part en même temps de la perte cruelle que l'Ecole a ressentie en apprenant récemment la mort de l'un de nos premiers membres, l'un de nos plus anciens démonstrateurs, M. Billebaut, qui a succombé après une longue et douloureuse maladie. Nous avons également reçu avis de la mort de M. Lebars, de Lyon. Que les familles de ces deux membre-

de notre Société veuillent bien recevoir encore une fois l'assurance de notre pénible émotion.

La chaire de déontologie et de jurisprudence étant vacante, nous avons eu à nommer un nouveau professeur. Le choix de notre Conseil d'administration s'est porté sur M. Worms, avocat à la Cour d'appel, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui s'était déjà montré en plusieurs circonstances le défenseur de l'Ecole.

Nous avons désigné comme professeur suppléant M. le Dr Chapron, qui joint à son titre médical celui d'avocat à la Cour d'appel. Nous pensons qu'il était difficile en cette circonstance de faire un meilleur choix.

De même que nous prenons part aux douleurs qui frappent les membres de notre Société, de même nous partageons les joies qui leur arrivent, surtout quand ces joies sont dues à leur seule valeur personnelle, et c'est pourquoi nous avons tous appris avec plaisir la nomination de M. Grimbert comme professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie. *(Applaudissements.)*

Nous avons aussi le plaisir de vous annoncer, que M. Choquet a été nommé, après un concours brillant, professeur suppléant d'anatomie dentaire. Ses nombreux travaux, son érudition, ses connaissances spéciales et étendues en micrographie, sont des gages de l'enseignement qu'il pourra donner et des services qu'il pourra rendre à notre école.

Mentionnons aussi la nomination comme professeurs suppléants de clinique de prothèse de MM. de Marion et Billet. *(Applaudissements.)* Nous pouvons être assurés, non seulement de leur valeur et de leur bonne volonté, mais encore de l'attachement qu'ils ont pour les élèves, auxquels ils seront très utiles.

Nous avons aussi à nous féliciter de l'admission au titre de chef de clinique d'anesthésie de M. Jeay, l'un de nos jeunes confrères les plus instruits sur cette question spéciale, non seulement en théorie, mais aussi en pratique, et dont les élèves ont pu apprécier déjà la grande compétence, la régularité et la bonne volonté. *(Applaudissements.)*

De même, après un brillant concours, M. le Dr Maire et M. Gross ont été nommés chefs de clinique. Tous deux diplômés de cette école et faisant partie de notre groupement depuis de longues années, ils sont à même de donner un brillant enseignement et nous sommes certains que les élèves retireront un grand profit de leur érudition et de leur valeur.

Enfin, pour clore la liste des nominations, M. Cecconi, dont nous connaissons depuis longtemps les aptitudes spéciales et les grandes connaissances en prothèse vient d'être nommé, toujours après con-

cours, *puisque tous nos titres sont acquis ainsi,* chef des travaux pratiques de prothèse. *(Applaudissements.)*

Le conseil d'administration a de même ratifié les propositions de la Commission d'enseignement en nommant démonstrateurs MM. Tireau, Paul Roger, Ronnet, Staviski, Charpentier et comme préparateur de chimie M. Pélissier.

Je vais avoir fini, mesdames et messieurs, avec ce rapport. Excusez, je vous prie, sa longueur, en vous disant que si, d'année en année, on vous inflige quelques minutes de plus à entendre, j'allais dire à subir, le rapport du secrétaire général, ce n'est pas parce qu'il devient chaque année plus bavard, mais c'est précisément à cause de la vitalité, de la progression de l'institution et de la multiplicité croissante des événements qui s'écoulent en une année.

Un mot sur notre situation en tant qu'Ecole, ou plutôt un chiffre qui résume tout.

Nous avons eu 185 élèves pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler. M. Papot, Président de la Commission scolaire, vous dira dans un instant les résultats acquis.

Un mot sur le nombre des malades soignés pendant l'année, 33.469, dont 20.906 femmes et 12.463 hommes.

Vous voyez que le sexe agréable à voir l'emporte de près de moitié sur..... l'autre, dans la clientèle de notre dispensaire, comme dans les nôtres aussi. Nous faisons notre possible pour augmenter toujours cette clientèle, car nos élèves ont un appétit de travail énorme et il leur faut de plus en plus de bouches. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point comme sur beaucoup d'autres... Ne craignez rien, ce n'est pas pour ce soir, mais pour l'assemblée générale annuelle de notre Société.

Laissez-moi vous dire encore que nous étouffons ici..... nous sommes trop à l'étroit, et notre laborieux Conseil technique travaille à l'agrandissement de ce local, dont cependant les peintures, peu décoratives, mais aseptiques, sont à peine terminées. Nous avons été forcés d'expulser M. Papot..... du local qu'il occupait précédemment comme gérant du journal *L'Odontologie*, et maintenant il est à l'aise dans la nouvelle salle que nous lui avons donnée. Je puis même ajouter, en passant, que M. Viau, rédacteur en chef du journal, et M. Papot ne me paraissent pas croire à l'immuabilité de ce local, car j'ai remarqué tout à l'heure qu'ils avaient fait faire des cloisons mobiles. Nous espérons que cet essai d'Ecole dentaire démontable ne se généralisera pas. *(Applaudissements.)*

Et pour terminer, laissez-moi dire quelques mots aux élèves qui vont nous quitter et à ceux qui sont actuellement ou qui viennent d'entrer à l'Ecole. Je ne puis oublier que le Secrétaire général d'une Société doit être un peu sergent recruteur, puisque ce métier est

d'actualité et, sans vouloir faire de pression, je demande en tant que sergent recruteur à dire un mot à ceux qui sont de la classe et qui vont partir dans quelques minutes, leur diplôme sous le bras.

Je veux leur demander de se souvenir de l'Ecole, au moment de leur exode vers la clientèle, plus rémunératrice, mais plus difficile à satisfaire, oh combien! que la clientèle hospitalière. Ils s'en souviendront toujours avec plaisir, malgré les petits ennuis inévitables qu'ils auront éprouvés pendant leurs 3 ans, comme les internes ont plaisir à se rappeler leur temps de salle de garde, surtout parce que c'était le bel âge. Et ils devront se rappeler que, si cette Ecole existe, c'est qu'elle a été créée par des dentistes qui, groupés d'abord en petit nombre, sont maintenant plus de 400. Et ils s'empresseront, je l'espère, maintenant qu'ils sont dentistes, de nous apporter leurs demandes d'admission à cette Société libre et ouverte à tous, sans oublier leur cotisation *(Applaudissements)* ; ce n'est que 20 fr. par an, et je vous le dis parce que MM. d'Argent et Rollin me font les gros yeux.

A ceux qui restent à Paris, je dirai : Souvenez-vous que, si vous avez pu, dans cette ville, apprendre votre profession et être guidés dans vos études, c'est à l'Ecole dentaire de Paris que vous le devez ; cette Ecole marche par le concours *bénévole* de dentistes qui se sont groupés pour le bien de la profession, et les portes sont grandes ouvertes à tous ceux qui ont de la bonne volonté et qui veulent bien consacrer quelques-unes de leurs soirées à travailler pour ceux qui viennent maintenant, comme *nous tous* nous avons travaillé pour vous.

Souvenez-vous en particulier que les administrateurs qui détiennent, comme on dit quelquefois, l'assiette au beurre, ont besoin d'aides et ne demandent qu'à vous accueillir ; si je ne craignais de plaider *pro domo meâ*, j'ajouterais que le Secrétaire général pâlit sous le poids de la correspondance et des rapports et qu'il serait bien heureux de faire place à des jeunes pleins d'ardeur et d'activité.

A ceux qui sont actuellement élèves de l'Ecole, je tiens à dire ceci. Nous attirons votre attention sur deux nouveaux services : l'un créé l'année dernière, je veux parler de l'anesthésie pour tous, que je suis heureux d'avoir contribué à organiser, et qui a donné cette année d'excellents résultats. Pour votre instruction personnelle, pour satisfaire vos sentiments d'humanité et pour l'utilité de votre vie pratique, suivez assidûment ces démonstrations journalières d'anesthésie ; car vous apprendrez de plus en plus que ce que la femme....., et plus encore l'homme, et surtout le médecin, apprécient le plus dans un dentiste, c'est de ne pas les faire souffrir.

Quant au nouveau service d'examen des malades que nous avons créé cette année, et que nous avons confié à deux des meilleurs de vos

anciens camarades, MM. Collard et Blatter *(applaudissements)*, n'allez pas croire qu'il soit superflu. En suivant ce service, vous apprendrez à examiner un malade, ce que la plupart d'entre vous et d'autres ne savent pas, et à prendre une observation ; vous apprendrez ainsi à faire, à la première visite, un examen sérieux, complet, méticuleux de la région gingivo-dentaire du patient qui vient vous consulter. Vous apprendrez à coucher sur un schéma l'observation et à voir les seconds degrés et les nettoyages que vous négligez trop en général, pour ne voir que les énormes caries du 3ᵉ et du 4ᵉ degré. En obturant en une séance ces caries du 2ᵉ degré vous rendrez un service immédiat et d'un bon résultat certain à votre malade, et plus tard, en clientèle, vous verrez combien nous avons eu raison d'attirer votre attention sur ces points.

J'en ai fini avec ce rapport, pour de bon, cette fois (car je crois vous l'avoir déjà dit tout à l'heure). S'il y a des oublis, ne me les reprochez pas trop ; je suis, comme vous le savez, très pris par le Secrétariat du Congrès. Il ne faut pas m'en vouloir de vous avoir déguisé la vérité vraie en vous disant tout à l'heure que j'avais fini ; c'est un peu l'habitude de la clientèle professionnelle qui en est cause, et puis surtout, c'est parce que j'ai conscience que j'ai un peu abusé de votre bienveillante attention, dont je vous remercie profondément. *(Applaudissements.)*

PALMARÈS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-99.

3ᵉ année

Elèves ayant obtenu le nombre de points fixé par le Règlement et auxquels sont accordés le diplôme de l'Ecole dentaire et les récompenses suivantes :

Maximum des points : 126 — Minimum : 76.

Session de juillet.

1ᵉʳ *prix d'excellence* : M. LOUSTALOT François, sorti premier, avec 124 points.

Ce prix comprend :

Une médaille de vermeil accordée par M. LE MINISTRE DU COMMERCE.

Une médaille de vermeil offerte par l'École.

Un tour à fraiser offert par la maison WHITE (de Philadelphie).

2ᵉ *prix d'excellence* : M. BAELEN, Albert, 119 points 1/2.

Ce prix comprend :

Une médaille d'argent, offerte par l'Ecole.

Un tour à fraiser, offert par la maison CORNELSEN.

3e prix d'excellence : M. LAVERTON, Marcel, 117 points.

Ce prix comprend :

Une médaille de bronze, offerte par l'École.

Un écrin et 10 daviers, offerts par la maison BILLARD-LEMAIRE.

Mentions honorables.

(1re) M. LAURIAN, Victor, 112 points 1/2.

1 boîte de 11 daviers, 3 élévateurs, 1 bistouri, offerts par la maison ASH ET FILS.

(2e) M. BLATTER, Antoine, 112 points.

6 daviers, offerts par la maison MAMELZER ET FILS.

(3e) M. AMILLAC, Albin, 110 points 3/4.

Deux appareils Kélène-Méthyle avec un bidon de remplissage, offerts par la SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHÔNE.

(4e) KLEIN, Jules, 109 points 3/4.

2 boîtes Emaux fusibles à haute température, offertes par M. LECAUDEY.

(5e) M. LE BOUCHER, Octave, 106 points 1/2.
(6e) M. VICAT, André, 106 points 1/2.
(7e) M. COEFFREL, Paul-Emile, 104 points 3/4.
(8e) M. ROSENFELD, Adolphe, 104 points 1/2.
(9e) M. FABRET, François, 101 points.
(10e) M. DEMEULLE, Georges, 100 points 3/4.
(11e) M. GODIN, Lucien, 100 points 1/2.

Prix d'épreuves pratiques : M. LOUSTALOT, Louis, déjà nommé.

Un bon de 100 fr. d'instruments à choisir, offert par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE FOURNITURES DENTAIRES.

Prix de clinique : M. LOUSTALOT, Louis, 3 fois nommé.

Prix du Conseil général : Un volume, offert par M. LE PRÉFET DE LA SEINE.

Session de juillet.

		Points
Dr	MARANGONI, Luigi.	
MM.	WIRION, François.	99 1/2
	BRUN, François...	99 1/4
	CHALAMET, Adrien.	98 1/2
Mlle	WEIL, Noémie....	96 3/4
MM.	MANTEAU, Auguste	96
	BOURRAT, Etienne.	93 1/2
	BUFFARD, Charles.	92 3/4
Mme	FRENKEL, Louise..	90 1/2
Mlle	CANACAKI, Irène..	89 3/4
MM.	PÉLISSIER J.-B...	89 1/2
	FÉREZ, Charles...	87 3/4
	DE PAEPE, Fernand	87 1/2
	CALAME, Louis...	84 3/4
	TZAKIRIS, Sotir...	82
	BELITRANDI, H...	81 1/2
	RAFFY, Mirza....	78
	CHIBRET, Eugène.	76
	UNGARELLI, Attilio.	76
	HYARIKOFF, Thom.	76

Session d'octobre.

		Points
Drs	BESSON, Jules.	
	CROS, Claude.	
	DALLA-VECCHIA, Guido.	
	FRACHENGUES, Jean.	
	HANESCO, Démétrius.	
	NICOLESCO, Démétrius.	
	CHEVAL, Jean-Bapt., officier de santé.	
M.	LEGROS, Jules...	107 1/2

		Points
MM.	BRIDE, Julien.....	102 3/4
	ERNY, Georges...	98 1/2
Mlle	BAUME, Marie....	98
MM.	CAZENAVE, Louis .	92 1/4
	COLLARD, Jules...	91 1/4
	BOULOGNE, Désiré.	89 3/4
	BERTOMY, Const..	83 1/4
	NAHUM, David...	79 1/2

Session de mars.

MM.	GOUKOWSKY, Jos.	100 3/4
	DE LA LOGE, H..	85 1/2
	FINNISS, Robert..	79

2e année

Elèves ayant subi avec succès l'examen de fin de 2e année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum des points : 102 — Minimum : 60.

Session de juillet.

Prix d'excellence et prix d'épreuves pratiques : M. SOLELHAC, Maximilien, qui a obtenu 93 points 1/4.

Une trousse et douze daviers, offerts par la maison Victor SIMON.

Un maillet automatique, offert par la maison REYMOND frères.

Prix de clinique : M. Cornic, Louis, qui a obtenu 91 points.

Prix du Conseil général : 1 volume, offert par M. LE PRÉFET DE LA SEINE.

Session de juillet.

		Points
MM.	BOISSEUIL, Albert.	91
	DARRÉ, Edmond..	88 1/4
Mlle	AUVRAY, Eugénie.	85
MM.	DOBRENN, Joseph.	82 1/2
	RICHARD-CHAUVIN, Georges.......	82
Mlles	MAYBERG, Math.	80 1/2
	BOUTEIL, Thérèse.	80
MM.	LENFANT, Ulysse..	79 3/4
	AUVRAY, Henri...	79
	GUILLAUMIN, Fr..	77 1/2

		Points
MM.	GRAPAIN, Léon...	76 3/4
Mlle	LIVCHITZ, Esther.	76
MM.	TOUCHARD, Jules.	75 3/4
	ANANIADIS, Démét.	74 3/4
	DELESTRE, Maurc.	74 3/4
	GRAS, Marcel....	74
	DUPALUD, Charles.	72 3/4
	SCHMID, Alfred...	72 3/4
	LIONNET, Gabriel..	72 1/4
	BOURAYNE, Ed...	71
	ROCHAT, Olivier..	70 12/

	Points		Points
MM. LEHMANS, Georges	69 1/2	MM. LELIÈVRE, Lucien.	64 3/4
MÉIER, Jean.....	69 1/4	Mme BERKOVITH, Rose.	64 3/4
KELSEY, Louis....	66 1/4	MM. WILKEN, Aimé....	64
MARÉCHAL, Léon.	65 1/4	ESCUDIER, Marius.	60

Session d'octobre.

	Points		Points
M. PERREGAUX, Jean.	80 1/2	MM. DESCOFFRE, Maur.	63 3/4
Mlle BASSOT, Rachel..	71 1/2	VIGO, Louis......	61 1/2
MM. CAILLOUET, Jean..	67 1/4	DE KISCH, Norbert	61
LE GRAND, Franç.	67 1/4		

1re année

Session de juillet.

Élèves ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum des points : 66 — Minimum : 39.

Prix d'excellence et *prix d'épreuves pratiques* : M. MASSON, Henri, qui a obtenu 63 points 1/2.

Un coryleur, offert par la maison JOUBERT et Cie.

Prix du Conseil général : 5 volumes, offerts par M. LE PRÉFET DE LA SEINE.

Session de juillet.

	Points		Points
Mlle FREY, Fanny.....	58	Mlle HIRSCHFELD, Math.	50
MM. ZHA, Anatole.....	56 1/2	MM. BRODEUR, Louis..	50
SAUVANET, Jules..	55	REBEL, Gabriel...	49 1/2
BONNET, Franck..	54 3/4	Mlle CHÉNARD, Mathilde	49
DESAUX, Henri...	54 1/4	MM. SQUILLANTE, Adolp.	49
MARCHAT, Joseph.	54	PRUDHOMME, Luc.	48 1/2
GALLAY, Jules....	53 3/4	ISNARD, Pierre...	48
LEPRÊTRE, Paul...	52 1/2	GRAFF, Alexandre.	47 3/4
SKOSOWSKY, Emile	52 1/2	TOMINE, Albert...	47 1/2
BARELLO, Joseph,.	52	GASSIN, Willy....	46 3/4
ROY, Abel.......	52	LANQUETIN, Pierre	46 1/4
TARIOTE, Maurice.	52	CLAVERIE, Armand	45 3/4
GAEREMYNCK, Art.	52	SÉNÉCHAL, Louis..	45 1/4
RICHARD, Georges	51 1/2	LOHIER, Maurice.	44 1/2
MEYERS, Jean....	51	CANY, Eugène....	44 1/4
DESFORGES, Gast.	50 3/4	CUNY, Paul......	44
Mlle LOHIER, Madeleine	50 3/4	MASSON, Joseph..	43 3/4

	Points		Points
Mlle Burdiat, Alice...	43 1/2	MM. Mayer, Léon....	41 1/2
MM. Pottier, Auguste.	43	Montier, Jules...	41 1/2
Foulon, Jules....	42 1/2	Guillard, Henri.	41
Vogelweith, Jacq.	42 1/4		

Session d'octobre.

	Points		Points
MM. Dupontrené, P..	50	MM. Fortin, Clément..	41 1/2
Gédon, Pierre....	49	Gironi, Ernest...	40 3/4
Payot, Achille...	46 1/2	Duléry, Albert...	39 1/2
Cadiot, André...	42 1/4		

ADRESSES UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. } **dans 24 numéros.**

Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

Billard, L. Lemaire, sr (*Fourn. gén.*), 4, pass. Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264,30.**

B. Bourdallé (*Produits anesthésiques*), 127, faubourg Poissonnière, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloi, PARIS. **TÉLÉPHONE 214-53.**

J. Fanguet (*Impressions en tous genres*), 28, rue d'Enghien, PARIS.

Vve Jules Friese (*Fournitures générales*), 3, rue de Londres, PARIS.

Gardenat (*Prothèse à façon*), 10, rue du Havre, PARIS.

Mme Jourdain (*Ciment Telschow*), 4, rue de Moscou, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. génér.*), 24, pl. Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**

A. Mellottée (*Impressions en tous genres*). { 70, boulevard Montparnasse, PARIS. / CHATEAUROUX.

Al. Maylaënder (*Reliures en tous genres*), 67, rue Daguerre, PARIS

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 44, allée Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. **TÉLÉPHONE 222.82.**

Reymond frères (*Fournitures générales.*) { 22, rue Le Peletier, PARIS. / 44, place de la République, LYON. / 14, rue de Stassart, BRUXELLES. / 4, rue du Grütli, GENÈVE.

L. Richard-Chauvin et Cie (*Gutta*), 1, rue Blanche, PARIS.

Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269-45.**

Société chimique des Usines du Rhône. { *Chlorure d'Ethyle.* } 8, quai de Retz, LYON. / { *Or de Genève.* } 14, rue des Pyramides, PARIS.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris / **TÉLÉPHONE 214-47.** / 45, r. de la République, Lyon. / 18, allées de Tourny, Bordeaux } *Grande exposition*, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

Syndicat Français (*Recouvrements d'honoraires*), 131, boul. Sébastopol, PARIS.

Vinsonnaud (*Assurances contre les accidents*), 20, rue Scheffer, PARIS.

CORRESPONDANCE

En raison de l'intérêt qui s'attache à la question traitée par la lettre de M. G. Gross adressée à notre rédacteur en chef, nous croyons devoir la publier sans rien y retrancher, en lui en laissant toute la responsabilité.

N. D. L. R.

LES SERVICES DENTAIRES HOSPITALIERS.

CE QU'ILS SONT. CE QU'ILS DEVRAIENT ÊTRE.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai suivi pendant quelque temps les services dentaires hospitaliers. J'en suis sorti attristé et indigné, et il me semble qu'en réponse à la pétition publiée par la Revue de Stomatologie, *dans un de ses derniers numéros*[1], *il ne serait pas inutile d'éclairer la grande masse de nos confrères et les autorités compétentes, sur la façon dont on comprend l'exercice de l'art dentaire dans les hôpitaux de Paris. Je ne puis mieux faire que de choisir « L'Odontologie » comme interprète et je vous prie, Monsieur le Rédacteur en chef, dans un but d'utilité professionnelle et de moralité publique, de bien vouloir insérer cette lettre.*

La Revue de Stomatologie *communique une pétition adressée en avril dernier au directeur de l'Assistance publique par la Société médicale des dentistes des hôpitaux et laissée jusqu'ici sans réponse. Cette pétition demande la création d'assistants des services dentaires hospitaliers, qui « seront des aides permanents, des collaborateurs journaliers et qui rempliront en réalité le rôle de chefs de clinique ou d'internes. »*

Les conditions exigées des candidats comprennent seulement le « doctorat en médecine » qui, de toute évidence, est indispensable à quiconque veut bien extraire une

1. *Revue de Stomatologie*, octobre 1899.

dent. Naturellement « il n'est pas nécessaire que le candidat soit muni du titre de chirurgien-dentiste »; pourvu « qu'il ait deux ans de pratique spéciale comme patenté ou qu'il ait fait un stage d'un an dans un service dentaire hospitalier », il sera digne à tous les points de vue de postuler le titre d'assistant. Heureusement pour la santé publique que les internes et les chefs de clinique des hôpitaux, auxquels on veut comparer les futurs assistants, offrent des garanties scientifiques et professionnelles plus sérieuses !

Mais quels sont ces services dentaires dont le rayonnement scientifique est si puissant qu'une seule année passée à leur foyer confère la science dentaire, alors que les pauvres écoles mettent péniblement trois longues années à fabriquer de — soi-disant — piètres apprentis qui ne pourront même jamais faire des assistants hospitaliers ?

Un service dentaire dans un hôpital comprend une installation quelquefois, des malades ordinairement, un dentiste des hôpitaux titulaire et un dentiste adjoint toujours.

L'installation est des plus rudimentaires : quelques daviers, un vieux tour, deux ou trois fauteuils d'un modèle suranné, voilà pour le matériel opératoire. L'éclairage est souvent très défectueux ; rappellerai-je que certain jour, à la Charité, nous pratiquions l'examen des malades à la lueur d'une bougie fichée sur la tablette ?

La clientèle qui fréquente ces services est la clientèle ordinaire de l'hôpital, intéressante parce qu'elle est déshéritée ; ce sont des pauvres diables habitués à rouler de service en service, qui viennent à la consultation dentaire comme ils sont allés en laryngologie ou à la consultation externe, croyant trouver là les soins que réclame l'affection qui les frappe.

Les soins qu'ils y reçoivent, — qu'ils y subissent serait plus vrai — sont des moins compliqués : on leur enlève

la dent malade, et tout est dit. Carie du deuxième degré avancée et périodontite chronique sont justiciables d'un même traitement sommaire : l'extraction.

Quant au traitement réellement indiqué, personne n'y songe. Croyez-vous que MM. les médecins titulaires vont s'amuser à « ramoner » les canaux dentaires de quelques vagues individualités pour le seul plaisir de l'art ? Voyons donc, vous n'y pensez pas ! Il y a des quantités de bonnes excuses : le temps fait défaut et puis on n'a pas les instruments nécessaires, enfin le malade ne peut pas revenir, etc., etc... Un bon davier, deux coups de pouce lestement appliqués, et l'affaire est faite. Le malade n'en sait rien d'ailleurs ; on lui a dit que l'opération était indispensable et l'individu naïf et confiant s'en va enchanté. De cette façon tout est pour le mieux dans le meilleur et le plus hospitalier des mondes.

Mais ces opérateurs qui pratiquent une opération contre-indiquée n'ont-ils jamais songé que c'est une action répréhensible, un véritable acte d'immoralité professionnelle qu'ils commettent ; que c'est un abus de confiance des plus répugnants, car il a pour victimes de pauvres gens qui viennent à l'hôpital sur la foi des promesses officielles, croyant y trouver et pitié et bon traitement ?

Les dentistes des hôpitaux sont, je n'en doute pas, dans la vie privée des hommes intègres, des praticiens honnêtes et scrupuleux, et loin de moi l'idée d'attaques personnelles ; mais c'est l'institution en elle-même que je trouve mauvaise et que je voudrais voir réformer.

Elle est mauvaise cette institution et dans le recrutement de ses membres, et dans son fonctionnement, car elle est avant tout une grande dispensatrice de titres qui ne reposent que sur l'équivoque et le calembour.

Equivoque, ce titre de docteur des maladies de la bouche en opposition au titre de chirurgien-dentiste, alors que les opérations que pratiquent ces deux

opérateurs sont absolument les mêmes d'un bout de l'année à l'autre !

Equivoque aussi, ce mot de « stomatologie », *dont elle est la consécration, adopté concurremment au mot* « odontologie » *en une jésuitique et subtile distinction, alors que ces deux sciences ont pour but l'étude et le traitement des maladies d'une seule et unique région, la région* — gingivo-dentaire — *par la même méthode, par les mêmes moyens !*

Equivoque enfin, ce titre de « dentiste des hôpitaux » qui établit une savante ressemblance avec les titres si honorables et, on le sait, si prisés de médecin et de chirurgien des hôpitaux. Mais ceux-ci ont gagné leurs titres à force de travail et de mérite ! Ils ont concouru pour l'internat d'abord, pour le clinicat ou le prosectorat ensuite ; enfin un dernier concours chaudement disputé leur a donné ce poste qu'ils convoitaient. Des concours et des concours encore, voilà la véritable raison de l'autorité qui s'attache à ces titres. Quant aux dentistes des hôpitaux, ils paraissent avoir une sainte horreur des concours ; cela se conçoit, étant donné leurs origines. Munis du parchemin que délivre si libéralement la Faculté et ayant eu la précaution de s'assurer une recommandation suffisamment efficace, ils ont fait leur demande et ont été bombardés dentistes des hôpitaux. Il n'est donc pas possible d'établir une analogie quelconque entre ce titre et celui de chirurgien et de médecin des hôpitaux.

Dentistes des hôpitaux ? Allons donc ! Ce terme de « dentiste » signifie, à notre époque, un homme occupé surtout à faire des pansements, des obturations, des aurifications, de l'orthopédie, de la prothèse... à « soigner » des dents, en un mot. Or, puisque ces titulaires ont monopolisé dans leurs services l'opération la plus mal notée de notre profession, celle que tous nous évitons de faire dans notre pratique courante, n'est-ce

point plutôt « arracheur de dents des hôpitaux » *qu'il faudrait dire?*

Autrefois le pauvre hère souffrant du mal de dents devait se confier au charlatan des places publiques qui lui extirpait tant bien que mal ses molaires. Le temps a marché, mais le malheureux, atteint d'odontalgie n'est pas mieux partagé aujourd'hui, car du fait de la mauvaise organisation des consultations dentaires hospitalières, l'exécution de ses molaires pour être officielle n'en est pas moins fréquente.

A quoi servent alors les crédits inutilement prodigués pour l'entretien de ces services publics? de quelle utilité sont donc les titres scientifiques que peuvent posséder les titulaires si l'indigent n'en tire aucun profit? Ne pourrait-il pas croire que le progrès n'est qu'un vain mot et que dans notre sphère restreinte la science aussi a fait faillite?

*
* *

Nous venons de voir quel était le fonctionnement des services dentaires hospitaliers; je n'ai point exagéré, j'ai rapporté ce que j'ai vu. Un des maîtres ès-stomatologie n'a-t-il pas dit que ces « services sont une honte pour la civilisation »? Ne voyons-nous pas aussi que « la Société médicale des dentistes des hôpitaux, frappée de l'organisation manifestement insuffisante des services dans la plupart des hôpitaux où fonctionne une consultation dentaire », réclame des assistants?

Ces services ainsi compris ne peuvent pas fonctionner d'une manière utile. La modification demandée par la Société médicale des dentistes des hôpitaux est insuffisante et n'aura d'autre résultat appréciable que de permettre aux dentistes titulaires de se décharger de toute la peine sur les assistants et de ne conserver que le titre.

Dans l'intérêt des consultants, pour l'honneur des

dentistes des hôpitaux et de la profession en général, on peut et l'on doit faire mieux.

Il est impossible de pratiquer sur place le traitement réellement indiqué car il faudrait pour cela un trop grand nombre d'opérateurs pouvant disposer de beaucoup de temps et d'un matériel opératoire considérable.

On ne peut considérer les services dentaires hospitaliers que comme de simples services de consultation — analogues aux services de clinique qui fonctionnent dans toutes les écoles dentaires du monde — ayant pour but l'examen des malades et la pratique des opérations urgentes seulement. Les opérations plus longues doivent être pratiquées dans un autre local, spécialement installé pour cela, où seraient soignés tous les malades envoyés par les différents hôpitaux de Paris. Nous savons que M. Godon avait fait une proposition semblable au Conseil municipal et à la Mairie du 8e arrondissement dans un rapport sur les services dentaires dans les écoles communales. De plus, cette division entre la consultation et le traitement proprement dit existe dans tous les hôpitaux pour les affections soit médicales, soit chirurgicales ; pourquoi n'en serait-il pas de même pour les affections dentaires?

Serait-il utile pour cela de créer un établissement central avec toute son installation, ses professeurs, ses élèves? Evidemment non. Ces établissements existent au nombre de deux à Paris : ce sont les Écoles dentaires, qui accueillent déjà les malades envoyés par l'Assistance publique et qui les accepteraient volontiers sur une plus grande échelle encore.

L'École dentaire de Paris, à elle seule, a un budget annuel de 100.000 francs. Il est inadmissible que l'Assistance publique dépense une pareille somme pour créer un établissement similaire, alors qu'elle pourrait, sans bourse délier, profiter des avantages que lui offrent les établissements existants. Ce serait un

véritable gaspillage des fonds publics et une concurrence à des établissements d'initiative privée que nos amis du Conseil de surveillance et du Conseil municipal ne permettraient certainement pas, pas plus que ne l'ont permis, pour l'enseignement, les membres du Parlement.

Nos élèves ne sont d'ailleurs point des inconnus pour l'Assistance publique; elle les reçoit dans ses hôpitaux pour les cliniques médicales et chirurgicales, dans ses amphithéâtres pour les travaux pratiques d'anatomie, d'histologie et de bactériologie[1]*; elle leur enverrait ses malades dentaires à soigner et, de cette façon, après leur avoir donné l'enseignement médical pratique, elle leur faciliterait l'enseignement spécial technique qui forme la base de leur profession.*

Cette façon de procéder est déjà mise en usage par tous les dentistes des hôpitaux professeurs dans les écoles dentaires, *qui, ayant bien compris l'insuffisance des moyens dont ils disposent à l'hôpital pour un traitement rationnel, se contentent d'examiner les malades et de pratiquer les opérations urgentes et adressent ensuite les patients aux écoles, pour les traitements plus compliqués.*

Il serait souhaitable que cet usage se généralisât et je fais appel dans ce but au Conseil municipal, au Conseil de surveillance et à son Directeur si éclairé et si libéral, d'une part, aux Conseils d'administration des écoles dentaires, d'autre part. Je fais appel aussi aux jeunes dentistes des hôpitaux, à ceux qui sans esprit étroit veulent le bien de la profession tout entière et estiment que le malade des hôpitaux a droit, comme le

---

1. Choses que me semble ignorer M. le Dr Cruet dans sa lettre à M. Zentler, docteur en *chirurgie dentaire* de Philadelphie, membre correspondant de la Société de Stomatologie et délégué *officieux* du Gouvernement roumain pour étudier l'enseignement de l'art dentaire en France (voir numéro d'octobre de la *Revue de Stomatologie*).

malade riche, à tous les soulagements que peuvent procurer les progrès actuels de la science.

Cette manière de comprendre le fonctionnement des services dentaires hospitaliers serait peut-être la meilleure solution pour amener le rapprochement des deux parties du corps professionnel encore désunies. Les rapports seraient plus fréquents ; se connaissant mieux, on s'estimerait davantage. Dans quelques années, les vieilles rancunes étant oubliées avec la disparition de ceux qui les ont créées, la concorde serait établie « sans distinction puérile de parchemin », ainsi que l'a dit le Dr Pozzi à la dernière séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris. Unis enfin, nous pourrions d'un commun accord travailler plus utilement à l'avancement de l'art dentaire, but que nous poursuivons tous.

Georges Gross,
Chirurgien-Dentiste.



DE L'INSENSIBILISATION DENTINAIRE CATAPHORÉTIQUE

par M. Ch. Weber,
Démonstrateur à l'École Dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 4 juillet 1899.)

(Suite) [1].

Isolement de la dent et de la cavité. — 1° *Isolement de la dent.* — Une chose indispensable dans toute opération, c'est que dans la quantité de force nécessaire à employer il n'y en ait point d'inutile ni de perdue. Au point de vue spécial qui nous occupe, cela a toute son importance. L'agent physique que nous employons étant le fluide électrique, qui est d'une mobilité et d'une instabilité extrêmes, il s'agit de disposer le plus complètement possible de l'intensité du courant qu'on donne.

Voilà pourquoi dans l'anesthésie cataphorétique il est très nécessaire d'isoler la dent et la cavité sur laquelle on opère. La digue en caoutchouc est certainement pour la plupart des cavités le meilleur isolant. Cependant il est des cas où son emploi n'est pas très applicable et où il est nécessaire de se prémunir contre une déperdition ou une dérivation de courant, en raison de la contiguïté d'une autre dent, surtout lorsque cette dernière a une obturation métallique. Dans ce cas on sèche la dent ou les dents contiguës et on les enduit avec de la chloro-percha.

Isolement de la cavité. — L'isolement de la cavité elle-même est pratiqué surtout dans l'insensibilisation pulpaire.

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 novembre 1899, p. 447.

Voici de quelle façon on procède : on enlève la dentine ramollie le plus possible jusqu'à ce que la cavité ait une forme, sinon classique, au moins régulière, et l'on tâche de découvrir la pulpe franchement. Puis on passe une solution de chloro-percha à la périphérie de la cavité, en se rapprochant le plus possible du pertuis pulpaire ; on arrête alors l'isolement et l'on place la boulette de coton imbibée juste sur le point découvert de la pulpe. Il m'a semblé que cette petite précaution diminue la durée de l'opération.

Forme et position des électrodes. — Je ne définirai ni n'expliquerai ici ce que sont que les électrodes : cela concerne la théorie de la pile que nous n'avons point à faire ici ; j'aborderai tout de suite les formes qu'on a adoptées et la position des électrodes dans l'opération de la cataphorèse.

Toutes les formes ont été données aux électrodes afin qu'elles s'adaptent le mieux possible aux nécessités et à l'exigence de la situation des cavités dans lesquelles nous avons à opérer.

Électrode buccale. — C'est généralement une tige de platine à l'extrémité de laquelle se trouve soit une petite boule, soit un renflement piriforme quelconque.

Ces électrodes sont montées sur une tige isolatrice du diamètre d'un porte-plume, en ébonite ou en caoutchouc, de telle sorte qu'elles puissent être facilement tenues à la main. Mais cela justement constitue un des graves désavantages de cette partie, en ce qu'elle fatigue l'opérateur, à qui elle demande une immobilité presque absolue pour ne pas déterminer des variations de courant et par suite de la douleur.

Nous cherchons justement depuis quelque temps un système de clamps s'adaptant sur l'arcade de façon à maintenir fixe l'électrode, sans pour cela exiger du malade une immobilité des mâchoires écartées. La fixité a son importance, pour que l'électrode ne bouge pas aux moindres mouvements de la bouche et ne détermine pas de la douleur.

C'est cette électrode qui sera en contact avec la boulette

de coton imbibée et introduite dans la cavité de la dent. Son application se fait de la façon suivante : on place dans la cavité un petit tampon d'ouate imbibé de la solution de cocaïne à 5 o/o et l'on appuie doucement sur lui le pôle positif ; on peut aussi envelopper l'électrode de coton imbibé de cocaïne et l'appliquer dans la cavité.

Électrode extra-buccale. — Suivant son point d'application elle peut avoir différentes formes : à la nuque ou au poignet on peut employer celle que je mets sous vos yeux. Elle se compose d'une plaque métallique qui est maintenue par une bande d'élastique faisant le tour du poignet ou de la nuque. Cette électrode offre trop de résistance au passage du courant et, pour ce fait, nous l'avons abandonnée. Si l'on met l'électrode dans la main on peut employer un cylindre métallique comme celui que vous avez pu voir ici, mais qui est avantageusement remplacé par l'électrode en forme de champignon dont le chapeau est garni de drap qu'on humecte avec une solution chaude saline à 10 o/o, ce qui facilite beaucoup le passage du courant.

Nous mettons en général l'électrode indifférente, qui désigne dans la plupart des opérations dentaires le pôle négatif, dans la main gauche. Cette électrode doit être le plus large possible afin d'éviter les irritations, et quelquefois les escharres qu'on a remarquées. C'est d'ailleurs pour éviter ces troubles circulatoires qu'il est préférable de la mettre dans la main plutôt qu'à la joue ou à la nuque, de façon à disséminer ainsi davantage l'effet irritant du courant.

Courant. — Son intensité. — Son réglage. — Le courant qu'on emploie pour la cataphorèse est et doit être de faible intensité ; ce doit être un courant continu, constant et d'une très grande régularité ; ceci est indispensable.

Lorsqu'on emploie le courant de la ville, qui est de 110 volts, il est nécessaire d'introduire dans le circuit un transformateur et un rhéostat qui servent à diminuer la tension du courant.

Dans l'emploi des accumulateurs le transformateur est

inutile. Il n'est introduit dans le circuit qu'un milliampèremètre et une résistance, l'un pour mesurer le courant, dont on dispose à son gré au moyen de l'autre. On a signalé, et d'ailleurs nous l'avons noté nous-même, que le courant de 110 volts transformé reste néanmoins plus instable et quelquefois plus dangereux en raison des changements brusques et fréquents de tension nécessités par les exigences de la consommation générale. Nous nous servons d'un courant continu de 18 volts fourni par des accumulateurs qui nous ont donné une très grande constance dans les effets et résultats obtenus. D'après Héroh cette irrégularité et cette inconstance avec le courant de 110 volts, s'expliquent par la nécessité qu'on est, dans l'emploi de ce courant, de se servir de résistances qui réduisent l'intensité beaucoup plus vite que la force électro-motrice.

En électrothérapie médicale on a constaté le fait suivant qui est en faveur du courant par accumulation : c'est que le plus petit nombre de volts pouvant fournir l'intensité désirable sans l'emploi d'un rhéostat ou d'un transformateur, produira des résultats analogues, dans le même espace de temps et avec moins de douleur que ne le ferait un courant à haut voltage, qu'on aurait été obligé de réduire au moyen d'un transformateur.

Intensité du courant à employer. — C'est moins une règle qu'une indication que nous désirons donner sur ce point. Il est en effet difficile de préciser ce dosage pour plusieurs raisons, car il peut dépendre de l'endurance du sujet, de sa sensibilité générale, de la sensibilité spéciale de la pulpe[1], de l'étendue de la cavité, de la résistance plus ou moins grande que peuvent offrir les tissus durs de la dent, quelquefois même des concrétions calcaires pathologiques de la pulpe, telles que les nodules pulpaires, enfin de la résistance et de l'épaisseur du tissu au travers duquel chemine le courant. Cependant d'une façon générale, l'intensité de

---

1. Nous avons remarqué cette sensibilité à un degré très accusé dans les dents où il y avait pulpite subaiguë.

courant à donner varie en raison inverse de la résistance. Il est notoire que si nous nous trouvons en présence d'un des facteurs énumérés ci-dessus, nous devrons avoir une intensité de courant supérieure à celle dont nous nous servirions pour une dent ordinaire. L'appareil qui indique à la fois la résistance et l'intensité du courant est le milliampèremètre.

C'est un instrument extrêmement nécessaire et qui doit être construit spécialement pour l'usage de la cataphorèse dentaire, c'est-à-dire avoir une très grande sensibilité et une grande précision.

Les milliampèremètres médicaux sont de 1 à 500 milliampères, tandis que le milliampèremètre dentaire ne doit marquer que de 1 à 5 milliampères avec des variations d'intensité de dixième en dixième. C'est ainsi que cet appareil pourra contrôler efficacement d'aussi faibles courants.

Nous avons dans beaucoup de cas obtenu des résultats avec cinq dixièmes de milliampères, atteignant d'autres fois 2 milliampères, — je parle toujours de l'insensibilisation dentinaire, car il nous a fallu aller jusqu'à 3 milliampères et quelques dixièmes pour avoir un résultat complet dans l'extirpation pulpaire et dans le traitement des canaux infectés.

Comment on doit régler le courant. — Nous avons deux instruments à notre portée à cet effet : le milliampèremètre et le rhéostat. C'est ce dernier appareil qui gradue l'intensité de courant à donner. On doit toujours, et cela est un grand point, donner le courant avec régularité et lenteur, éviter les changements de tension trop brusque, surtout au début de l'opération.

A mesure que l'anesthésie se produit et que le sujet accuse lui-même l'anesthésie, le courant devient moins perceptible.

Lorsqu'il y a une obturation métallique à une dent voisine obturée pour une carie du 2e degré on doit éviter de la toucher avec l'électrode ; de même lorsqu'il y a une pièce métallique de prothèse dans la bouche.

L'effet du courant en tant qu'intensité semble être, d'après l'observation clinique, en relation directe avec la quantité ou densité du courant et en raison inverse de la résistance. La rapidité de l'anesthésie est donc en raison inverse de la résistance.

Cette dernière peut provenir, comme je le disais plus haut, de la dent, des produits scléro-concrétionnaires de la pulpe et de la densité des tissus.

Le passage du courant est toujours indiqué en clinique par une petite sensation de brûlure qui ne tarde pas à diminuer dès qu'une certaine quantité de substance anesthésique a pénétré les tissus.

Cette sensation que donne le passage du courant varie en intensité suivant le courant qu'on donne et suivant l'état de l'organe pulpaire. La pulpe réagit d'autant plus que son état se rapproche de l'état congestif pour diminuer ensuite lorsque le processus inflammatoire a laissé place à la suppuration. On peut donc employer le courant cataphorétique comme moyen dediagnostic dans les cas où l'on a quelque doute à l'égard de la vitalité de la pulpe.

J'ai recueilli sur ce point une série d'observations très intéressantes que je publierai ultérieurement.

Ce moyen est beaucoup préférable et plus sûr que celui de la lumière électrique.

Dans les cas de névralgies dentaires (Marschall), le courant faradique appliqué dans la cavité ou les cavités dentaires de la région démontre lequel des organes pulpaires est atteint d'inflammation subaiguë. Le courant sera senti douloureusement et réveillera avec acuité la névralgie. Il faut évidemment dans ce cas procéder par comparaison, c'est-à-dire s'assurer de la réaction douloureuse des autres dents au passage du courant. On localise alors nettement le point de départ de la névralgie.

Les dents malades ne supportent pas un courant aussi fort que les dents saines.

Durée de l'opération. — C'est, je crois, le reproche

qu'on a fait le plus à la cataphorèse, de faire perdre trop de temps et d'être par conséquent inutilisable dans une nombreuse clientèle.

Je pense que c'est un grief mal fondé.

Bien souvent le nettoyage d'une carie à dentine sensible est très long en raison de la sensibilité de la personne ; la préparation de la cavité ne peut être faite aussi complètement et la lenteur avec laquelle il faut procéder entraîne la prolongation de l'opération pendant un temps indéterminé, tandis qu'avec la cataphorèse nous savons qu'il faut attendre de 8 à 10 minutes au maximum, il est vrai, mais combien la préparation se fait plus rapidement et plus soigneusement lorsque la dent ne donne aucune réaction douloureuse!

N'est-ce pas aussi du temps de gagné que de faire l'extirpation pulpaire en une séance, sans application préalable de pansement arsénical?

Les stades préliminaires ne prolongent pas l'opération de beaucoup plus de temps, car on doit mettre la digue même sans l'emploi de la cataphorèse; quant à la préparation de la solution, elle n'a pas besoin d'être extemporanée. Une certaine quantité faite au début de la journée évite la perte de temps que nécessiterait la confection de la solution pour chaque application.

L'anesthésie cataphorétique dure environ de huit à dix minutes quand elle est faite très complètement.

J'ai noté ce fait dans le cours de mes expériences que le patient ne perçoit pas aussi douloureusement la température de l'or chauffé, non plus que le foulage et le martelage dans l'aurification.

Conclusions. — 1° Dans les trois théories émises comme explication du phénomène de la cataphorèse dentaire électro-thérapeutique, deux au moins semblent jouer un rôle actif : l'osmose électro-dentaire et l'électrolyse.

2° Dans l'insensibilisation dentinaire on peut obtenir les meilleurs résultats en employant des solutions ne dépassant pas dix pour cent et pouvant être abaissées jusqu'à

deux pour cent chez les enfants par exemple, où le tissu dentinaire est plus conducteur et plus diffusible.

3° Le courant ne doit pas dépasser de 2 à 3 milliampères en ayant soin de ne le donner que graduellement.

4° Le tissu sain est meilleur conducteur et par conséquent s'analgésie plus vite que le tissu mort ou carié, lequel s'oppose à la pénétration du médicament et au passage du courant dans une certaine mesure.

5° Les milliampèremètres de précision évaluant la marche du courant de dixième en dixième sont indispensables.

6° Dans les dents où les pulpes sont atteintes d'inflammations aiguës, être très circonspect en donnant le courant de façon à ne pas déterminer de violentes douleurs.

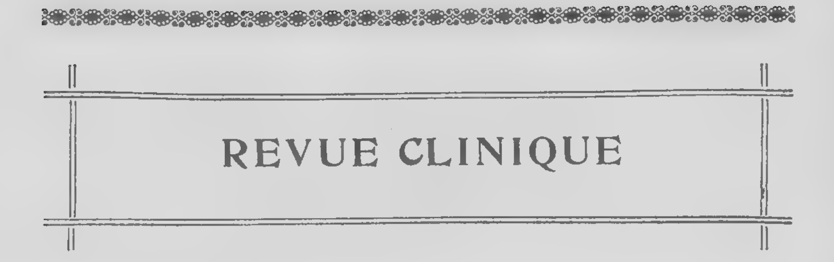
7° L'action de la cataphorèse est en raison inverse de la résistance des tissus.

8° Le courant cataphorétique est très utile dans certains diagnostics différentiels.

9° L'électrode indifférente doit être placée dans la main gauche et recouverte de linge ou de drap et humectée d'une solution saline.

10° Nous avons eu comme résultat heureux et effectif une proportion de quatre-vingt pour cent.

11° La durée de l'opération est de 8 à 10 minutes.



UN CAS D'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE A LA SUITE D'UNE AVULSION DENTAIRE

Par M. A. INDJÉYAN, Chirurgien-dentiste.

M. M..., 45 ans, s'est présenté dernièrement à notre consultation, accusant de violentes douleurs dans tout le côté gauche de la face.

A première vue nous avons cru nous trouver en présence d'une fluxion dentaire ; mais après examen minutieux et interrogatoire complet du malade, nous avons fait le diagnostic d'un *érysipèle de la face.*

Voici en quelques mots l'histoire de notre malade.

M. M..., étant pris dans son travail de douleurs intolérables provenant de sa première petite molaire supérieure gauche, se décide à aller chez son dentiste, afin de la faire extraire. Après un long et laborieux travail, le praticien réussit à extraire la dent complètement. M. M..., soulagé rentre chez lui, dîne avec assez d'appétit, se couche de bonne heure, mais passe une nuit bien agitée.

Le lendemain matin, il se sent très mal à l'aise, il a des frissons, il claque des dents, avec un fort accès de fièvre. Il a très soif, peu d'appétit, mais il s'efforce tout de même de prendre son chocolat ; il a des nausées.

A midi, il essaye de déjeuner ; à peine a-t-il commencé à manger qu'il rend tout de suite. Depuis le matin avec une céphalalgie violente il souffre dans l'œil et dans la mâchoire.

Le soir il se couche sans dîner. Mais dans la nuit, de vio-

lentes douleurs le reprennent et lui rendent le sommeil impossible.

Ce n'est que le lendemain matin, sur le conseil de sa famille, qu'il vint nous trouver. Nous constatâmes alors :

1° *Dans la bouche*, une assez large plaie tuméfiée, rouge foncée, avec fracture alvéolaire au niveau de la première petite molaire supérieure gauche.

2° *Sur la face*, une plaque, légèrement rougeâtre, siégeant vers l'angle interne de l'œil, limitée à sa périphérie par un bourrelet qui donne à la plaque son cachet spécial.

3° *Engorgement des ganglions sous-maxillaires*

Il y a 3 ou 4 mois, il a beaucoup souffert de cette même dent.

D'après ce qui précède, il nous était facile de porter le diagnostic.

Nous avons voulu publier cette observation, pour deux raisons : 1° pour son extrême rareté ; 2° pour la question capitale d'*asepsie* et d'*antisepsie*, avant et après l'opération.

En effet, notre but n'est pas ici de discuter si dans ce cas d'érysipèle l'agent infectieux est rapporté par les instruments, ou bien, s'il se trouvait déjà dans la bouche ; mais c'est pour prouver qu'avec une antisepsie rigoureuse on aurait à coup sûr évité cet accident, qui pouvait devenir très fâcheux. Qui d'entre nous n'a pas eu des extractions très laborieuses, graves, qui nous ont demandé parfois une heure et même davantage, et qui ont fait de l'opération une vraie opération chirurgicale ?

Donc, l'antisepsie n'est pas seulement utile, mais elle est indispensable et encore faut-il qu'elle soit minutieuse.

Pendant notre séjour dans les hôpitaux, nous avons maintes fois eu l'occasion de regretter l'insuffisance des soins antiseptiques ; aussi, nous sommes-nous fait une loi d'aseptiser la bouche de nos malades, sans exception, avant et après toute opération.



Chronique professionnelle

Sous cette rubrique L'Odontologie *se tient à la disposition de ses lecteurs pour leur permettre de publier en toute indépendance leurs appréciations sur les questions de politique professionnelle. Toutefois le Comité de rédaction se réserve le droit de supprimer toute expression ou toute appréciation de nature à provoquer des polémiques personnelles.*

UN EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le 3e examen de chirurgien-dentiste continue à être passé par les docteurs-dentistes (oh ! si peu dentistes) qui en sont chargés avec une maîtrise digne de la postérité.

A la dernière session, dans un hôpital de la rive gauche, sur trois candidats se présentant ensemble, on dit qu'un seul a subi l'épreuve d'extraction. Les autres, sur cette épreuve n'ont eu qu'à..... opiner du bonnet.

Sur une question de prothèse un candidat répondit avec juste raison que les appareils de redressement pouvaient se faire en caoutchout, argent, alliage de platine, et platine. Ce à quoi il lui fut répondu par l'examinateur qu'il n'avait jamais vu l'argent employé dans la bouche et que les redressements se faisaient en or.

En vain fut-il objecté par le candidat (le pauvre!) que l'argent ne pouvait être contre-indiqué qu'associé au caoutchouc, que sa malléabilité offrait des avantages lorsqu'il s'agissait de coiffer les tubercules des dents par exemple, qu'en y soudant ensuite des renforts il était possible de donner à ce métal une rigidité plus grande et qu'ensuite il coûtait bien meilleur marché que l'or.

La différence n'est pas si grande entre les deux métaux, répondit le savant, puisque l'argent coûte un franc cinquante le gramme.

Ce mot tient lieu de commentaire et définit bien la valeur de cet examen dans lequel aucune question d'anesthésie générale ou locale, de maladie de la bouche, n'a été posée.

Quant au sel qu'on emploie couramment pour faire prendre le plâtre plus rapidement, ce savant examinateur lui dénie cette qualité !

Les candidats ont été..... ajournés !

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne : 20 francs par an,
Lignes en sus : 10 fr. la ligne } **dans 24 numéros.**

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS.

Ecrire à **M. Vinsonnaud,** 20, rue Scheffer, PARIS.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Billard (L. Lemaire successeur), 4, passage Choiseul, PARIS. **TÉLÉPHONE 264.30.**
Comptoir international, 137, boulevard du Hainaut, BRUXELLES.
Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. **TELEPHONE 214.53.**
Vve Jules Friese, 3, rue de Londres, *près la Trinité,* PARIS.
L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule, BRUXELLES. **TÉLÉPHONE 1429.**
P. Périé fils, 44, allée La Fayette, TOULOUSE.

Reymond frères
- 22, rue Le Peletier, PARIS ;
- 44, place de la République, LYON ;
- 14, rue de Stassart, BRUXELLES.
- 4, rue du Grütli, GENÈVE.

Victor Simon et Cie, 54, rue Lamartine, PARIS. **TÉLÉPHONE 269.45.**

Société Française de Fournitures Dentaires.
- 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
- **TÉLÉPHONE 214.47.**
- 45, r. de la République. Lyon.
- 18, allées de Tourny, Bordeaux

Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les *Nouveautés dans l'outillage* de MM. les Dentistes.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Majesté et L. Bouchardeau. — A. Mellottée, successeur, imprimeurs de *L'Odontologie*, à PARIS, 70, boul. Montparnasse, et à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*, 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Email Plastique. **Vve Jules Friese,** 3, rue de Londres, PARIS.
Gutta. **L. Richard-Chauvin et Cie,** 1, rue Blanche, PARIS.
Or de Genève. **Société chimique des Usines du Rhône,** LYON.
Ciment. **Telschow,** chez Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

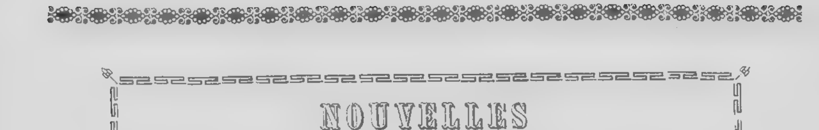
Anestile. **Dr Bengué,** 47, rue Blanche, PARIS.
Chloro-Méthyleur. **Bourdallé.** / ***Tube anesthésique.*** — } **B. Bourdallé,** 127 faub. Poissonnière, PARIS.
Kélène, *Chlorure d'éthyle pur.* / **Société chimique des Usines du Rhône.** } 8, quai de Retz, LYON. / 14, rue des Pyramides, PARIS.

PROTHÈSE A FAÇON.

Gardenat, 10, rue du Havre, PARIS.
Parisot, 35, rue de Londres (*Prothèse soignée*).
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES.

Syndicat Français, 131, boulevard de Sébastopol, PARIS.



NOUVELLES

Concours a l'École dentaire de Paris.

Le concours pour un poste de chef de clinique précédemment annoncé aura lieu le 18 février, à l'Ecole.

Un concours pour un poste de professeur suppléant de clinique aura lieu également à l'Ecole à une date que nous indiquerons ultérieurement.

Mariages.

On annonce le mariage de M. Emile Fortier, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., avec Mlle G. Bouret, chirurgien-dentiste, D. E. D. P.

On annonce également le mariage de M. Chapot-Prévost, chirurgien-dentiste à Rio de Janeiro, avec Mlle Dagmar Mattoso.

Nos félicitations aux nouveaux époux.

Récompense.

Nous apprenons avec plaisir que la Société de la Préfecture de police, dans sa séance du 3 décembre courant, a décerné une médaille de bronze à M. Paul Roger, démonstrateur à l'Ecole Dentaire de Paris, pour services rendus à cette Société.

Toutes nos félicitations à notre distingué confrère.

AVIS

Nous prions ceux de nos lecteurs dont l'abonnement expire fin de ce mois, de vouloir bien faire bon accueil à la quittance, augmentée (pour frais de recouvrement) de 0 fr. 55 pour la France et de 1 fr. 10 pour l'Etranger, *qui leur sera présentée prochainement par la poste.*

DERNIÈRE HEURE. — NÉCROLOGIE

M. Damain.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Damain, directeur de l'Ecole Odontotechnique, décédé prématurément après une courte maladie, à l'âge de 59 ans.

Ses obsèques ont eu lieu le lundi 11 décembre et l'inhumation s'est faite au cimetière de Bercy.

L'Ecole Dentaire de Paris y était représentée par son Directeur, M. Godon, M. Poinsot, directeur honoraire, M. Martinier, directeur adjoint, plusieurs membres du bureau et la plupart des membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant. La Rédaction et l'Administration de *L'Odontologie* y assistaient également.

Parmi les nombreuses couronnes figuraient celle offerte par l'Ecole Dentaire de Paris et celle envoyée par la Commission d'organisation du Congrès, dont le défunt était un des vice-présidents.

M. Godon a prononcé une courte allocution, que nous publierons dans notre prochain numéro, ainsi qu'une biographie de M. Damain, que les nécessités du tirage nous empêchent de donner dès aujourd'hui.

Nous prions toute la famille de notre regretté confrère et en particulier son fils, M. le Dr Edouard Damain, ainsi que nos collègues de l'Ecole Odontotechnique d'agréer nos bien sincères condoléances.

La Rédaction.

19e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1899 IIe Série. Vol. IX

L'ODONTOLOGIE
Revue bi-mensuelle.

Travaux Originaux

DE L'AMALGAME D'ÉTAIN ET D'ARGENT

DANS LES OBTURATIONS AVOISINANT IMMÉDIATEMENT LA GENCIVE OU LE LIGAMENT ALVÉOLO-DENTAIRE.

Par M. Georges Gross,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

On ne saurait, je crois, trop tenter la conservation des dents ou des racines même les plus atteintes en apparence. Une dent naturelle — et par dent naturelle j'entends ici non seulement la dent possédant sa couronne intacte ou presque intacte, mais aussi la racine surmontée d'une couronne artificielle, qui, par les services qu'elle rend, peut être assimilée à une dent naturelle — une dent naturelle, dis-je, même en mauvais état, rend souvent plus de services au point de vue de la mastication que la dent artificielle la mieux conditionnée. Nous devons donc employer tous les moyens que nous donne la science pour lutter contre les divers processus pathologiques qui peuvent entraîner la perte de la dent.

Parmi ces causes de destruction, laissant de côté l'infection intra ou péridentaire et l'arthrite et la périarthrite qui s'en suivent, je voudrais étudier les moyens de remédier aux pertes de substance parfois considérables que subit la

dent du fait de la carie, surtout lorsque ces pertes intéressent les membranes péridentaires ou gingivales.

Le procédé qui fait l'objet de cet article n'est certes pas nouveau et je suis persuadé que beaucoup de mes confrères doivent en faire un usage courant ; cependant, je ne l'ai pas encore vu signalé et je crois faire œuvre utile en cherchant à en vulgariser l'emploi.

Lorsque la carie n'est pas arrêtée à temps par un traitement convenable, elle continue son œuvre de désorganisation moléculaire, creusant de plus en plus vers la profondeur. Un moment vient où la couronne de la dent, si elle n'est complètement détruite, est réduite à une simple coque d'émail, soutenue çà et là par quelques piliers de dentine non encore ramollie ; la carie progresse du côté de la racine, s'étend profondément sous la gencive, détruit une paroi de la racine et met à nu le ligament sur une étendue parfois considérable ; dans les dents multiradiculaires, et particulièrement dans les dents inférieures, les racines peuvent être en partie séparées et laisser pénétrer dans la cavité cariée des bourgeons charnus d'origine périodontique, bourgeons fongueux, rouge vif, saignant au moindre attouchement.

Le malade vient nous trouver dans cet état ; que faut-il faire ? Enlever la dent ? Je crois qu'on peut encore essayer de la conserver et pour de longues années lui rendre son rôle physiologique.

La dent et la racine sont en premier lieu débarrassées des parties cariées ; on excise au thermo ou au galvano-cautère les bourgeons charnus qui obstruent la cavité et l'on désinfecte soigneusement les canaux radiculaires, ce qui demande quelques séances. La désinfection mécanique au moyen de la fraise ne saurait être trop recommandée, car il est difficile de bien isoler le pansement, même en employant l'obturation provisoire de gutta.

La dent traitée, quelle est parmi les matières obturatrices la substance que nous emploierons pour l'obturer ? Le choix, déjà restreint, est encore rendu plus difficile par la présence

sur une des faces de la cavité, de la membrane péridentaire ou de la gencive qui lui fait suite.

Il faudrait un corps non irritant, dur et résistant pour offrir un point d'appui solide, obturant bien la cavité, d'emploi facile.

Le ciment d'oxyphosphate de zinc est trop irritant et présente, lorsqu'il est en contact avec les tissus organiques, une usure rapide par désagrégation chimique. Son emploi doit être abandonné dans ces caries.

Il en est de même de la gutta, malgré la tolérance très grande dont elle jouit ; elle est fort peu résistante et sa manipulation est difficile dans ce cas où il est souvent impossible d'obtenir une sécheresse suffisante.

L'or serait une matière de choix, mais il est inapplicable. Les cylindres d'or ou d'étain qu'on a préconisés sont difficiles à placer d'une manière convenable ; ils obturent mal la cavité et n'ont qu'une solidité relative.

Reste l'amalgame.

Composé d'étain et d'argent (voici la formule de celui que j'emploie : argent 50, étain 50, or fin 2) l'amalgame n'est nullement irritant. Nous savons en effet que les métaux en général sont bien tolérés au sein des tissus et que dans l'échelle de tolérance viennent en première ligne l'étain et l'argent. Le mercure amalgamant ces deux métaux est lui-même un corps qui, s'il n'est pas antiseptique à l'état métallique, donne des oxydes et des sels qui le sont considérablement. Le composé argent-étain-mercure possède donc les qualités requises pour être facilement toléré lorsqu'il est en contact avec les tissus péridentaires, d'autant plus qu'il est immobile, fixé dans la cavité de la dent cariée et n'intéresse ces tissus que par une faible partie de sa surface.

Lorsque le durcissement est obtenu, au bout de quelques heures, l'amalgame forme un bloc solide, résistant, capable de fournir un bon point d'appui à la dent ou un excellent point d'attache aux couronnes artificielles métalliques ou de porcelaine qui surmonteront la racine.

Enfin, cette matière obturatrice est d'un mode d'emploi

facile et réduit au minimum les complications opératoires.

La seule objection qu'on pourrait faire à l'emploi de l'amalgame, c'est le retrait que subit sa masse au bout de quelque temps et qui détruirait l'occlusion absolue de la cavité. Ce retrait est bien minime et il est possible de le rendre plus faible encore en incorporant au sein de l'obturation des blocs d'amalgame préalablement durcis (Godon).

D'ailleurs cette objection n'est pas applicable aux seules reconstitutions sous-gingivales dont je traite, mais peut aussi être faite à l'emploi de l'amalgame pour toutes les obturations dentaires. Admettre sa valeur dans ce cas serait rejeter d'une façon absolue l'amalgame comme matière obturatrice, et nul de nous, connaissant les nombreux services que rend cet excellent composé, n'y a, je crois, songé.

Je puis donc conclure de cette courte étude théorique que l'amalgame d'étain et d'argent est la matière obturatrice de choix pour les obturations en contact immédiat avec le périodonte ou la gencive. Nous verrons que les résultats de la pratique viennent à l'appui de cette conclusion.

Le mode opératoire, simple, est celui de toute obturation à l'amalgame ; peut-être toutefois est-il utile de faire le mélange un peu plus malléable que pour les plombages ordinaires, afin d'éviter la pression qu'exigerait le foulage d'un composé demi-dur.

Les canaux sont au préalable remplis d'une pâte iodoformée et obturés à leur orifice externe avec de la gutta.

La cavité est largement irriguée au moyen d'une solution antiseptique, chloralée, phéniquée ou thymiquée, puis desséchée. On saupoudre d'iodoforme la surface cruentée et l'on procède à l'obturation de la façon habituelle, en évitant cependant d'exercer une trop forte pression du côté de la paroi manquante. L'opération terminée, si cette paroi est accessible, on lisse la face externe de l'amalgame avec une spatule fine. Il est avantageux de laisser une surface bien unie et de faire disparaître les points rugueux qui pourraient produire une irritation chronique des tissus péridentaires et diminuer ainsi la tolérance.

Je crois qu'au moyen de l'obturation à l'amalgame il est possible de conserver de très mauvaises dents ou racines. Les racines dont une des parois est le siège d'une fissure plus ou moins large ou bien qui possèdent un faux canal sont justiciables de ce procédé. Après en avoir pratiqué la désinfection soigneuse, on procède à l'obturation complète de leur cavité sans s'occuper de ménager un canal pour le pivot. Ce canal sera foré à la séance suivante, au milieu de l'amalgame durci. Il faut toutefois que la cavité de la racine dont une des parois manque offre des points de rétention suffisants à l'amalgame. Les dents dont la couronne existe encore, mais est fragile, seront consolidées à l'aide d'une coiffe en or engaînant à la fois le fragment de couronne et l'amalgame.

Je cite, parmi les plus frappantes, quelques observations qui montreront bien les services que peut rendre l'amalgame d'étain et d'argent comme matière obturatrice pour combler les pertes de substance étendues des racines dans des cas semblant désespérés. Je suis certain que beaucoup de mes confrères, se remémorant des observations de leur pratique courante, pourraient fournir de nombreux arguments en faveur de cette thèse.

Observation I.

M. C... vient pour faire extraire les racines des première et deuxième prémolaires supérieures droites. Les autres dents de la mâchoire supérieure sont en bon état, ces deux seules couronnes manquent. A l'examen, la racine de la première prémolaire semble courte, on ne peut pénétrer qu'à une profondeur de deux à trois millimètres dans les canaux ; la racine de la deuxième prémolaire, légèrement sensible à la percussion, possède un canal considérablement élargi par la carie ; la paroi postérieure manque jusqu'à environ trois millimètres de l'apex, la cavité cariée est remplie de bourgeons charnus.

Malgré le mauvais état de ces deux racines, j'essaye d'en tenter la conservation dans le but d'en faire une base pour un petit travail à pont.

1re *séance.* — La cavité de la racine postérieure est nettoyée au galvano-cautère, les deux racines sont pansées.

2e *séance.* — Pansements dans les deux racines.

3e *séance.* — Les canaux de la première prémolaire sont élargis à la fraise ; on ne peut pénétrer qu'à une faible profondeur, car la sensibilité se manifeste aussitôt. Cette racine est obturée provisoirement à la gutta. De même, obturation provisoire de la racine de la deuxième prémolaire.

4e *séance.* — La racine antérieure ne présente rien à signaler. La racine postérieure occasionne une légère douleur. L'obturation provisoire est enlevée, la racine est pansée à nouveau, puis réobturée à la gutta.

5e *séance.* — La racine est toujours douloureuse ; la sensibilité est bien localisée à la partie postérieure de la racine en ce point où la paroi est détruite. J'enlève la gutta et j'essaye de refaire une paroi avec des cylindres d'étain; je n'y puis réussir d'une manière satisfaisante. En désespoir de cause je me décide alors à obturer complètement à l'amalgame cette racine, dans le but de faire disparaître la douleur par l'application d'un corps moins irritant contre cette paroi d'une sensibilité si grande, ou, si la douleur persiste, de pratiquer l'extraction dans des conditions de résistance plus favorables, puisque la racine sera consolidée par la présence en son centre d'un noyau métallique.

Séances suivantes. — La douleur a complètement disparu; il n'y a plus de sensibilité à la percussion, le revêtement gingival a repris son aspect normal. Je tente alors l'application d'un pont mobile avec pivots et gaînes Godart. Il n'est possible de placer qu'un petit tube dans la racine antérieure. Quant à la racine postérieure, l'amalgame étant fraisé au centre de façon à respecter la paroi postérieure artificielle, elle peut recevoir un pivot d'un calibre plus fort et d'une longueur plus grande (voir fig. 58). Les tubes sont scellés à l'amalgame.

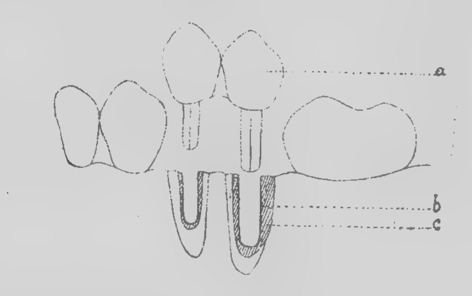


Fig. 58.

Le travail à pont terminé sur ces bases empruntait donc en grande partie son point d'appui à la racine de la deuxième prémolaire, la plus malade. Voici quatre ans que ce travail est fait, je l'ai revu tout

dernièrement encore : il est en aussi bon état qu'au premier jour. Le patient l'enlève fréquemment, le nettoie, le replace et est enchanté de son petit appareil, qu'il ne ménage nullement d'ailleurs.

Observation II.

M. S... consulte pour une première molaire inférieure gauche dont l'obturation vient de tomber. La dent est profondément excavée, l'émail seul demeure sous forme d'une mince coque osseuse, largement échancrée en avant. Les racines sont séparées au fond de la cavité et ne sont plus réunies que sur les côtés par deux bandes de tissu dentinaire. Après quelques séances, les canaux étant soignés et

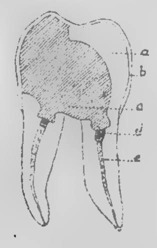


Fig. 59.

obturés, la dent est obturée avec de l'amalgame. Le tout est pris et maintenu dans une couronne d'or qui englobe la dent et l'obturation et lui donne plus de solidité (voir fig. 59). Le bon résultat primitif se maintient ainsi depuis deux ans.

Observation III.

Il serait possible de multiplier les observations ; qu'il me soit toute-

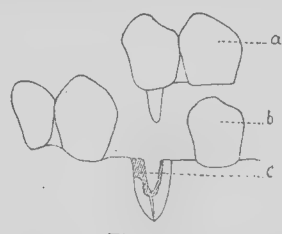


Fig. 60.

fois permis de citer encore le cas de ce patient (voir fig. 60) où deux racines en partie détruites — racine de première prémolaire supérieure gauche et racine de première prémolaire supérieure droite — après avoir été obturées à l'amalgame, puis forées pour recevoir un

pivot, servirent de points d'appui secondaires à deux petits appareils à pont qui avaient pour point d'appui principal une couronne sur une des dents voisines.

* * *

Je ne voudrais pas terminer cette étude sans rappeler en quelques mots les services que peut rendre l'amalgame employé comme base dans les obturations dont le bord cervical s'étend sous la gencive.

Dans ces caries le ciment en sa partie avoisinant le revêtement gingival s'use avec une rapidité effrayante, semble fondre en quelque sorte. L'obturation est encore intacte sur la surface triturante de la dent, pourtant plus exposée, qu'elle est déjà complètement détruite au bord cervical. Par quel mécanisme se produit cette destruction rapide? Est-elle due à une sécrétion acide spéciale de la gencive irritée par la présence du ciment? Reconnaît-elle pour cause l'accumulation des détritus alimentaires en ce point favorable et les transformations chimiques qui résultent de leur fermentation? Quoi qu'il en soit, le fait a été constaté et l'on a essayé d'y remédier en donnant comme base à l'obturation un cylindre d'or ou d'étain placé à cette partie la plus exposée. Je crois qu'on pourrait avantageusement remplacer ces cylindres par un fond d'amalgame qui joindrait à une facilité plus grande de manipulation l'avantage d'une densité plus considérable et d'une occlusion plus parfaite.

L'obturation pourrait, de même que dans le procédé du cylindre, être terminée dans sa partie libre, visible, au moyen du ciment d'oxyphosphate, pendant la même séance, ou de préférence à une séance ultérieure.

CONSIDÉRATIONS SUR LES CIMENTS

Par M. Meng,
Ex-Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, Séance du 5 décembre 1899.)

Au cours de la savante conférence que notre estimable confrère et ami M. Richard-Chauvin a faite à la dernière séance de la Société d'Odontologie, comme j'avais assuré que le ciment que j'employais séchait suffisamment pour me permettre d'aurifier immédiatement, on ne négligea pas l'occasion de me provoquer à vous démontrer mon mode d'opérer. C'est avec plaisir que je me rends à cette gracieuse invitation et je n'ai rien négligé pour vous éviter de regretter le peu de temps que vous voulez bien m'accorder ce soir.

Les ciments employés en art dentaire sous des appellations toutes plus pimpantes les unes que les autres : Ciment Email, Ciment Porcelaine, Roi Ciment, le plus dur des ciments, se rapportent tous à deux grandes classes : ce sont ou des oxychlorures ou des oxyphosphates. Le plus ancien en date est l'oxychlorure, qui résulte de la combinaison de l'oxyde de zinc avec le chlorure de zinc, laquelle donne un chlorure basique ou oxychlorure.

L'oxyde de zinc est calciné à une haute température et la prise est d'autant plus lente que l'oxyde a été plus fortement et plus longtemps chauffé. On peut encore imprégner le blanc de zinc avec une solution d'acide borique ou de borax et l'on dessèche ensuite la masse ; cette addition a pour but de retarder la prise en formant une certaine proportion de borate de zinc qui est insoluble.

On peut aussi retarder la prise en additionnant l'oxyde de zinc de matières inertes, telles que le talc, le kaolin, la silice pulvérisée.

Le liquide est une solution concentrée de chlorure de zinc.

A l'aide d'une spatule, sur un morceau de verre ou de por-

celaine, vous mélangez les deux produits à la consistance que vous désirez.

L'introduction dans la cavité se fait au moyen de fouloirs et, pour obtenir une bonne adhérence, on sèche la cavité avec grand soin et l'on évite l'arrivée de la salive avant que la prise ait eu lieu. Le corps obtenu est l'oxychlorure de zinc, corps insoluble dans l'eau, soluble dans les solutions acides et alcalines caustiques telles que la potasse, la soude, l'ammoniaque.

Je ne vous parlerai pas des oxysulfates ; ce sont des mélanges de sulfate de zinc calciné et d'oxyde de zinc agglomérés avec une solution de gomme arabique, employés non comme ciments, mais dans les obturations temporaires pour obtenir l'insensibilité de la dentine, et combinés avec l'essence de girofle pour couvrir les pulpes exposées. On a aussi employé pour le même objet l'acide lactique, l'acide phosphorique et la chaux, les lacto-phosphates de chaux.

La théorie de la prise est difficile à donner ; cependant, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir il semblerait que la prise est due à la formation d'une combinaison insoluble dans l'eau et à texture cristalline.

Oxyphosphates. — La partie active des oxyphosphates est constituée, soit par de l'acide phosphorique, soit par un mélange d'acide phosphorique et de phosphate de soude, soit par un phosphate acide double de zinc et de soude ; la partie inerte, soit par de l'oxyde de zinc, soit par des mélanges d'oxyde de zinc et de magnésie, soit enfin par des mélanges d'oxyde de zinc et d'alumine.

L'acide phosphorique employé est généralement l'acide pyrophosphorique, deux équivalents d'eau, ou l'acide métaphosphorique, un équivalent ; ces acides sont employés seuls ou mélangés à l'acide orthophosphorique, trois équivalents d'eau, ou à l'acide phosphorique ordinaire.

Ces acides donnent généralement le liquide fluide ; cependant dans certaines conditions de concentration, et par suite d'hydratation, certains de ces acides sont susceptibles de

cristalliser et de donner un liquide solide qui ne peut être employé que par fusion.

Le phosphate acide de zinc est préparé en dissolvant soit de l'oxyde de zinc, soit du phosphate de zinc neutre dans une solution d'acide phosphorique concentré ; selon les proportions des composants on peut obtenir soit un liquide solide, soit un liquide fluide.

Quant au phosphate double de zinc et de soude, bien qu'il paraisse donner des produits aussi solides que les précédents, on ne le prépare que lorsqu'on veut avoir un liquide cristallisant plus facilement lors de la préparation.

Avec toutes ces préparations on ne peut employer le blanc de zinc du commerce, qui donne, soit des ciments qui ne durcissent pas, soit des ciments qui durcissent tellement vite que le mélange se résout immédiatement en poudre très fine avec une élévation de température considérable. On est donc obligé d'employer de l'oxyde de zinc calciné, ou des oxydes traités par des procédés spéciaux qui constituent des secrets de fabrication. L'addition des oxydes de magnésie et d'alumine dans une certaine proportion permet aussi de faire varier la rapidité de la prise.

La liquéfation des ciments cristallisés est due à leur déliquescence.

Dans les ciments la prise ne se produit que grâce à la présence d'une certaine proportion d'eau, et cette proportion d'eau dans les corps employés a une grande influence sur la rapidité de la prise.

Par suite, il est très important que les flacons de liquide soient constamment bouchés pour éviter l'absorption de l'humidité de l'air et, quand on chauffe les liquides cristallisés, il faut éviter de les chauffer trop fortement pour ne pas changer les conditions d'hydratation du produit, en ayant soin toutefois de fondre complètement la masse. Puis il faut avoir soin de laisser refroidir : plus le liquide sera froid, plus la combinaison se fera lentement. En été, tenir le liquide à une température basse, car par les fortes chaleurs vous avez tous remarqué combien les ciments prennent rapidement.

La préparation doit être faite à l'aide d'une forte spatule, assez large pour bien imprimer la poudre dans le liquide, qui est quelquefois sirupeux ; le mélange doit être fait rapidement.

Le corps obtenu est un oxyphosphate possédant à un plus haut degré que l'oxychlorure l'impénétrabilité aux liquides et la résistance aux acides.

Les ciments sont surtout solubles dans les acides en général et dans quelques liquides ou sels organiques à action acide faible ou nulle ; c'est pourquoi ils sont plus nuisibles qu'utiles au collet des dents, vers le bord de la gencive ou sous la gencive. C'est aussi pour cela qu'une grande propreté de la bouche assurera leur conservation. Ils sont très élastiques et, par conséquent, résistent avantageusement au frottement et à l'usure.

Dans tous les ciments la solidité est en rapport avec la quantité de solide incorporée. Un ciment comprimé offre plus de résistance qu'un ciment qui ne l'est pas. Un ciment mélangé clairement est plus fragile qu'un ciment épais. La poudre doit être aussi fine qu'il est possible, car, si elle est grossière, on aura un composé moins dense, plus poreux, et une désagrégation plus rapide.

Les ciments servent à l'obturation des dents et au scellement des pivots des couronnes et des morceaux d'émail naturel ou artificiel.

Certains opérateurs préfèrent pour le scellement l'oxychlorure, estimant qu'il grippe mieux que l'oxyphosphate.

Pour augmenter cette adhérence, une bonne pratique consiste à chauffer les parois de façon à en enlever toute l'humidité ; un ciment adhère mieux sur des parois qui ont été maintenues sèches pendant dix minutes que sur des parois qui ont été séchées juste avant l'introduction. Eviter aussi que les parois ne soient grasses avant de les sécher ; on se trouvera bien de les nettoyer avec de l'alcool ou encore mieux avec de l'éther.

On emploie aussi les fluo-silicates d'alumine ou de zinc mélangés avec des composés dont je ne connais pas l'ana-

lyse, susceptibles de former avec l'acide fluo-silicique une combinaison insoluble dans l'eau.

On a également essayé d'employer des ciments en poudre à base de silicate de chaux, qu'il suffit d'humecter ; je ne crois pas que ces ciments aient jamais eu la sanction de la pratique.

Depuis vingt ans j'emploie le même ciment. Je suis loin de vous dire que ce soit le meilleur, mais c'est celui qui m'a donné les résultats les plus constants ; puis chaque fois que vous changez de ciment, c'est une nouvelle étude à faire pour le tour de main de l'emploi. Je changerai peut-être lorsqu'on me présentera un produit autre qu'un oxychlorure ou un oxyphosphate, car au premier je reproche d'être un irritant immédiat, lorsqu'on est trop près de la pulpe, et au deuxième de détruire la pulpe dans un délai plus ou moins long, si la couche d'ivoire est mince, et il est assez difficile d'estimer l'épaisseur qui vous sépare d'une pulpe ou de la corne d'une pulpe. Je vous ai cité, il y a une dizaine d'années, un cas non douteux où la mortification de la pulpe était survenue après cinq ans d'obturation ; c'était sur un homme de vingt-cinq ans, la cavité était située sur la partie latérale externe d'une petite incisive, la canine manquait. Je voyais donc parfaitement le fond de la cavité et, si j'avais commis une erreur, les accidents se seraient produits plus rapidement.

J'ai vu cela se produire fréquemment chez les jeunes sujets où, la dentine étant moins dense, les fibrilles nerveuses sont plus impressionnables.

D'après ce qui précède, pour les obturations j'emploie mon ciment aussi épais qu'il est possible; sitôt malaxé je le saisis entre le pouce et l'index, je le roule comme de l'amalgame et sans hésitation je le foule en place rapidement en évitant de prolonger les retouches.

Pour les scellements, je fais mon mélange à l'état pâteux, plus épais pour les pivots que pour les restaurations d'émail. Lorsque, le 5 avril 1887, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société les premières obturations d'émail naturel,

on me fit le reproche d'être trop bref dans ma présentation ; elle se résumait en deux mots : on donne à sa cavité une forme aussi géométrique qu'il est possible, on ajuste un morceau de dent ou de porcelaine et pour la rétention on fait des points où l'on peut. Depuis, de nombreux confrères ont étudié et perfectionné ce procédé, en évitant par la cuisson de la porcelaine l'ennui d'ajuster une portion d'émail. Un seul a bien voulu relater notre présentation : c'est M. Heïdé, dans sa communication au Congrès dentaire international de Paris de 1889 sur les obturations à l'aide de morceaux d'émail naturel. Qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance.

A part la fabrication du morceau de porcelaine, on ne s'est pas, depuis lors, écarté de ce mode de faire, donné en quelques lignes ; j'ajouterai cependant que pour bien sceller un morceau d'émail il faut avoir un point de repère, afin de ne pas tâtonner au moment de la pose, et pour éviter les ennuis de la mise en place, on se trouvera bien d'un évent par où le ciment en excès pourra s'échapper.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA CARIE DU 3e DEGRÉ

Par M. ALBERT SCHWABSKY, D. E. D. P.

I

Notre distingué confrère M. Francis Jean, dans un article sur les complications de la carie du troisième degré, fait appel aux dentistes pour communiquer, par l'organe du journal, toutes les observations qu'ils sont à même de faire dans leur pratique quotidienne du traitement des pulpites. Fort de cet appel, nous osons présenter quelques observations que nous avons pu recueillir au cours de notre pratique, et exposer notre opinion sur ce sujet.

Le traitement des dents atteintes de pulpite a soulevé bien des controverses, et divers modes de traitement furent préconisés. Witzel, qui s'était fait le champion de l'excision partielle de la pulpe ; après lui, Herbst, avec son procédé d'obturation de la chambre pulpaire à l'étain par la méthode rotative ; tout récemment Klein avec sa dentine et Scheurer avec sa pâte de formaldéhyde, n'ont pas atteint, croyons-nous, le but désiré. Les cas d'insuccès que nous avons eu à constater, pour notre part, sont trop nombreux pour qu'on puisse considérer ce procédé comme le traitement idéal. Car, quoi qu'on en dise et quoi qu'on fasse, quand la pulpe est atteinte dans sa vitalité, son amputation ne servira qu'à hâter la décomposition de ses tronçons radiculaires, et jamais ils ne recouvreront leurs fonctions physiologiques.

Peut-être, à l'aide de médicaments plus ou moins fortement antiseptiques, parviendra-t-on à les conserver, à les momifier pendant un temps limité ; mais à la moindre cause d'ordre traumatique ou idiosyncrasique, la décomposition finale se déclarera et avec elle tout le cortège de périostites, phlegmons, abcès et fistules qui la suit ordinairement.

En effet, jusqu'à présent, tous les médicaments, ou plutôt

toutes les spécialités thérapeutiques présentés comme infaillibles pour conserver les fragments pulpaires sont dépourvus de cette vertu surnaturelle de ressusciter les membres de la pulpe morte ; encore moins ont-ils la puissance magique de rendre à ces derniers leurs fonctions physiologiques, au moins pour quelque temps, afin que, par une hypersécrétion dentinaire, ils aboutissent à l'atrophie totale, ce qui empêcherait leur décomposition et constituerait un résultat très heureux.

Si cela était possible, la méthode de l'excision partielle mériterait la préférence sur celle de l'extirpation pulpaire radicale. Malheureusement cela est impossible, car la désorganisation de la pulpe, pathologiquement d'abord, par la dévitalisation médicale ensuite, bien que paraissant superficielle, aura atteint ses ramifications les plus éloignées. Désormais ce ne sera qu'un cadavre, et tout ce qui en restera aboutira forcément à l'échéance suprême, la putréfaction.

Il serait donc puéril de nous laisser berner par des illusions, pour calmer nos scrupules, en croyant à l'efficacité de tel ou tel remède pour préserver la pulpe morte de sa décomposition ultime. La méthode de la non-extirpation doit être considérée comme le vestige des premiers tâtonnements dans la médication de la pathologie dentaire; aujourd'hui elle est condamnée.

Le traitement par excellence, celui qui assure la guérison certaine de la dent malade, dont le succès est constant et prévu, c'est l'extirpation totale de la pulpe. Il est indispensable, pour que la dent recouvre sa santé parfaite, qu'il ne reste rien de la pulpe dévitalisée. Et bien que ce mode opératoire présente souvent des difficultés réelles, comme dans les caries postérieures et interstitielles des grosses molaires, il doit toujours être préféré à celui des demi-mesures (amputation de la pulpe avec conservation des tronçons pulpaires), à moins qu'on ne soit décidé d'ores et déjà à sacrifier la dent en différant seulement son avulsion de quelque temps.

*
* *

Une question importante et qui mérite d'être traitée en détail, c'est le choix d'un caustique comme agent destructeur de la pulpe.

De tous les escharotiques préconisés à cet effet, celui qui a conquis la faveur de la plupart des praticiens, c'est l'acide arsénieux. Ce n'est certes pas la possession de qualités multiples, nécessaires au médicament idéal de la dévitalisation, qui l'a désigné à cette faveur particulière, car, à ce point de vue, il laisse beaucoup à désirer ; mais c'est plutôt faute de mieux.

Il nous semble superflu d'entrer dans la description détaillée de ses propriétés physiologiques pour chercher les raisons qui l'ont fait choisir comme l'agent le plus propre à la destruction pulpaire.

M. Paul Dubois, notre regretté professeur, a magistralement traité ce point dans son *Aide-mémoire*.

Nous voulons seulement mentionner ce fait, prouvé d'ailleurs par l'observation quotidienne, que l'application de l'acide arsénieux sur le tissu pulpaire, malgré son association à la morphine ou à la cocaïne, est toujours très douloureuse, et que l'action destructive de cet agent est trop violente et dépasse souvent le but. La périostite, pour peu qu'on prolonge le séjour du pansement ou qu'on soit obligé de le renouveler, est la règle. Sa diffusion accidentelle en dehors de la cavité dentaire entraîne immédiatement l'escharification profonde de la muqueuse gingivale avec nécrose alvéolaire. La sensibilité des filets pulpaires est rarement abolie, malgré l'action désorganisatrice profonde que ce médicament exerce sur tout le tissu mou de la dent. Tenter la suppression de cette sensibilité au moyen de pansements arseniqués qu'on porterait jusqu'aux canaux des racines, serait exposer délibérément la dent à des troubles très graves du côté du périoste, et une nécrose alvéolaire pourrait s'ensuivre.

Pour toutes ces raisons, qui ne militent guère en faveur de l'acide arsénieux, nous donnons notre préférence à la *Cobaltine* comme agent dévitalisateur de la pulpe remplissant toutes les conditions désirables.

Une description détaillée de cet escharotique nous semble nécessaire.

La cobaltine, plus communément connue sous le nom de cobalt gris, est un arsénio-sulfure de cobalt. Sa formule chimique est C B (S^2 Ar^2). Elle est d'un blanc d'argent nuancé de rougeâtre ; sa poussière est d'un noir tirant sur le gris. Elle est dissoute par l'acide azotique et sa solution se colore en rose ou en violet pâle. Elle donne un précipité brun rouge par les alcalis. Les acides sulfurique et chlorhydrique ne l'attaquent pas.

Son analyse quantative donne :

Cobalt	29,19
Soufre	12,45
Arsenic	58,36

Ses propriétés physiologiques sont fort peu connues, car jusqu'à présent elle n'a pas fait partie de la famille thérapeutique et aucune place, que nous sachions, ne lui a été assignée parmi les matières médicales.

D'après nos recherches personnelles et les observations recueillies par nous jusqu'à ce jour, portant sur une période d'environ 7 ans, nous pouvons résumer ainsi ses effets physiologiques.

L'action destructive de la cobaltine (employée en poussière noire) s'exerce principalement sur les terminaisons nerveuses de la pulpe, en produisant une sorte de paralysie de celle-ci, presque sans altération des tissus. En effet, sa mise en contact avec la pulpe n'est nullement douloureuse, ou dans le cas, fort rare d'ailleurs, où elle provoque de la douleur, celle-ci n'est jamais d'une grande intensité et est de courte durée (1/2 heure à 1 heure au plus). Cette absence de douleur sera donc une preuve qu'il n'y a pas d'irrita-

tion vive et partant ni congestion, ni inflammation, ni mortification des tissus pulpaires.

Cela pourra expliquer ce fait bizarre qu'un pansement cobaltique peut séjourner dans la dent plusieurs jours, voire des semaines, sans inconvénients pour le périoste.

Il semblerait que cet agent plonge la pulpe par son contact dans une léthargie profonde, sans arrêter sa circulation vasculaire. C'est ce qui se produit en effet, dans le cas de pulpite subaiguë ou aiguë, mais sans suppuration : l'ablation du noyau pulpaire, bien que se faisant d'une façon indolore, est cependant accompagnée d'un léger écoulement de sang.

Son action est si peu irritante qu'une mèche imbibée de cobaltine peut être introduite dans les canaux et y demeurer 24 à 48 heures sans troubler le périoste. Sa diffusion en dehors de la cavité ne cause ni mortification du tissu gingival ni nécrose alvéolaire.

A présent une question se pose : quel est le principe actif de la cobaltine et à quoi faut-il attribuer ses effets névropathiques ?

Il n'y a aucun doute que l'action de la cobaltine est uniquement due à la présence de l'arsenic qu'elle renferme, car ni le cobalt ni ses oxydes ne possèdent de propriétés caustiques et le soufre encore moins. Ces derniers jouent simplement le rôle d'adjuvants en atténuant l'effet violent de l'arsenic pur.

Cependant tout démontre, comme nous le verrons bientôt, que là ne se borne pas leur rôle. Ces trois métalloïdes, dans leur combinaison chimique, se communiquent réciproquement leurs propriétés respectives. Il en résulte un corps nouveau avec des propriétés nouvelles.

C'est ce que nous voyons à propos de la solubilité.

L'acide arsénieux est peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool et les huiles volatiles. La cobaltine ne l'est pas du tout, de sorte qu'elle n'agit pas à la manière de l'acide arsénieux, qui par sa solubilité (il est ordinairement associé à la créosote ou à l'essence de girofle) est vite entraîné dans

la circulation qui le charrie dans les plus fines artérioles du périoste, en exerçant partout son action nocive (1). Grâce à son insolubilité, l'action de la cobaltine demeure locale, c'est-à-dire circonscrite à la surface de la pulpe. Aussi, sans la grande vascularité de la pulpe, qui absorbe facilement le liquide qui lui sert de véhicule, comme la créosote, et qui tient en suspension ses poussières, les effets de la cobaltine seraient bien faibles.

En effet, dans les cavités où une couche de dentine assez épaisse couvre la pulpe, malgré l'application de la cobaltine, absolument indolore, l'abolition de la sensibilité ne dépasse pas la couche d'ivoire ; et pour atteindre la pulpe il est nécessaire de renouveler le pansement.

Au grand avantage que procure l'insolubilité de la cobaltine se joint un inconvénient, de peu d'importance d'ailleurs, et aisément réparable : elle a une tendance marquée à la cristallisation, principalement au contact de liquides et quand elle est ancienne. Dans cet état son action destructive est très faible ; par contre l'irritation est très forte.

Il est donc nécessaire, pour l'employer avec succès, de la réduire en poussière inpalpable, de renouveler de temps en

---

1. Telle n'est pas l'opinion de Paul Dubois (*Aide-Mémoire*, p. 114). Il nous semble pourtant bien difficile de concilier cette opinion avec l'évidence des faits qui démontrent tout le contraire. La douleur aiguë et la périostite consécutives à l'application de l'acide arsénieux sont bien explicables d'après ce que nous venons de dire : la présence de cet agent dans les vaisseaux pulpaires produit une forte congestion, d'où la douleur. Et vu les rapports intimes du périoste avec ceux-là, l'effet du poison se manifeste également sur lui. C'est pourquoi plus la pulpe est jeune, plus elle est vasculaire, plus la douleur sera violente et les cas de périostite seront fréquents. Au contraire, si elle commence à entrer en décomposition, la douleur sera nulle et les cas de périostite, par son fait, seront également nuls.

D'ailleurs l'acide arsénique que P. Dubois préfère parce qu'il est plus soluble, n'en est pas moins d'application douloureuse. Et pour le rendre indolore il est contraint de recourir à l'ésérine, dont l'action constrictive empêche l'absorption de l'acide de se propager au loin, ce qui confirme notre opinion.

On a également voulu voir dans l'action négative de la morphine ou de la cocaïne en addition avec l'arsénic une preuve que le contact de ce dernier avec la pulpe suspend l'échange de nutrition. Nous croyons que c'est une erreur ; l'action positive de l'ésérine témoigne tout le contraire. La véritable cause de l'inefficacité de ces alcaloïdes, c'est leur action trop fugace, tandis que celle de l'arsenic est très durable.

temps sa porphyrisation, et de ne pas la préparer d'avance en pâte avec des médicaments liquides.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire que la cobaltine possède sur l'acide arsénieux les avantages suivants :

1) Son application n'est pas douloureuse. Dans les rares cas où elle provoque un peu d'irritation, celle-ci est de courte durée et très supportable.

2) Elle n'occasionne pas de périostite, même après un séjour prolongé dans la dent (1).

3) Ses pansements peuvent être renouvelés, au besoin, plusieurs fois.

4) Son fusage accidentel en dehors de la cavité ne cause pas de désordres gingivo-alvéolaires.

5) Elle ne nécessite aucune préparation ou association avec d'autres médicaments, tels que la morphine, la cocaïne, l'ésérine, etc.

Nous l'employons de la façon suivante :

Après avoir lavé la cavité à l'eau assez chaude (l'eau tiède est mal supportée), nous imbibons une boulette de coton, de la grosseur d'une tête d'épingle, de créosote pure. Nous la mettons ensuite dans la poudre de cobaltine soigneusement porphyrisée et la portons ainsi dans la cavité sur l'endroit le plus exposé de la pulpe. Nous la recouvrons, sans trop la serrer, d'une seconde boulette de coton plus grande, mais insuffisamment grande pour boucher complètement la cavité. Avec notre spatule chauffée à la lampe nous faisons couler un peu de paraffine par dessus le coton. La paraffine se refroidit immédiatement et bouche assez bien la cavité pour la protéger contre l'infiltration de la salive. Elle peut rester dans cet état plusieurs jours sans fondre ni se trop ramollir. D'ailleurs, il n'est point nécessaire de

---

1. Nous avons maintes fois eu l'occasion de laisser dans une dent un pansement au cobalt pendant 3 ou 4 semaines, à la suite d'une absence du patient. A son retour la dent ne présentait aucun trouble périostique ou autre. Ce long séjour du médicament dans la dent avait pour résultat de rendre absolument indolore l'extirpation des tronçons pulpaires.

couvrir le pansement avec la paraffine, le coton seul peut suffire. Sauf dans le cas où l'on voudrait le laisser pendant quelque temps (pour rendre l'extirpation pulpaire indolore) il est préférable de clore la cavité avec la gutta-percha. La durée du pansement est généralement de 24 heures ; mais on peut le laisser, comme nous venons de le dire, beaucoup plus longtemps ou le renouveler si on le juge utile.

Nous verrons avec plaisir nos confrères adopter ce produit comme agent dévitalisateur à la place de l'acide arsénieux. Ils pourront contrôler nos observations, voire même les compléter par une étude plus approfondie de ses propriétés physiologiques et médicales, pour en faire ressortir les avantages.

(*A suivre.*)



SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 7 novembre 1899.

Présidence de M. Lemerle, Président.

La séance est ouverte à 9 h, 1/4.

M. Lemerle. — Le procès-verbal de notre dernière séance régulière a été publié. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter?

Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Rapport sur les diverses méthodes d'aurification, par MM. Richard-Chauvin et Dr Pont.

M. Richard-Chauvin donne lecture de ce travail et fait en outre des démonstrations pratiques de son procédé opératoire. Il ajoute les indications suivantes :

Voici le fond de la cavité préparé à l'or mou avec 3 feuilles 1/2, formant une base très solide; en 20 minutes j'ai ainsi introduit 4 feuilles 1/2 dans cette cavité. Ce travail répond de lui-même aux objections qui m'ont été faites: je voulais démontrer la possibilité d'employer toujours l'or mou avec avantage, lorsque son emploi est possible, et d'introduire plusieurs feuilles d'or en quelques minutes. J'ai fait une fois une aurification avec 11 feuilles d'or en 1 heure 20 minutes.

M. Lemerle. — L'importante communication de M. Chauvin sera insérée dans un prochain numéro du journal et la discussion n'aura lieu que le mois suivant, pour permettre à chacun de s'y préparer.

M. Godon. — Nous venons d'apprendre la mort de M. Bonwill, qui est venu ici plusieurs fois nous faire des démonstrations, que nous avons vu notamment à notre congrès de 1889 et à qui nous avons décerné une médaille d'or; tout dernièrement il nous annonçait sa venue en 1900 et nous promettait de nouvelles démonstrations. M. Bonwill a fait beaucoup pour le progrès de la profession et sa mort laisse un grand vide. Je propose que la Société exprime ses regrets et sa sympathie aux Sociétés dentaires américaines dont il faisait partie.

La proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

II. — Présentation d'un modèle de crachoir du a M. Camoin.

M. Papot présente, de la part de M. J. Camoin, de Marseille, les dessins d'un modèle de crachoir et ajoute les explications suivantes :

Je viens, au nom de de l'un nos excellents confrères du Sud-Est, M. Camoin,de Marseille, vous présenter le modèle du crachoir qu'il a nommé « crachoir idéal. »

Comme vous le voyez d'après la photographie, ce crachoir, d'une forme élégante, est d'un joli aspect ; il peut s'adapter,

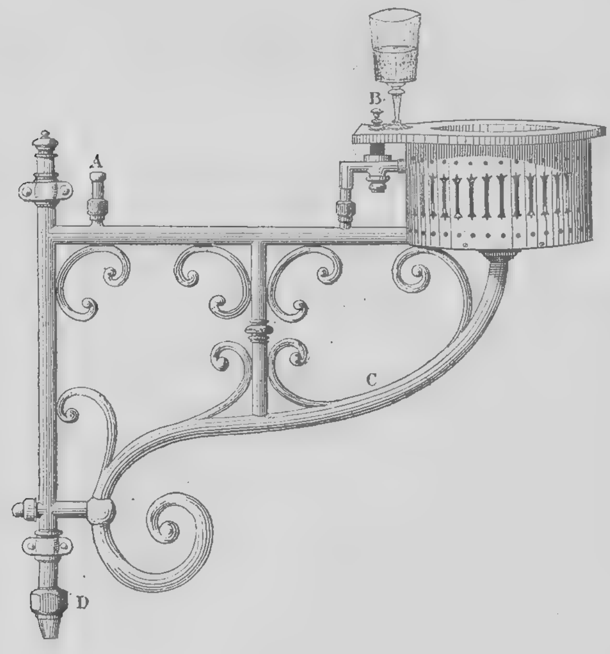


Fig. 61.

soit à la muraille, soit contre un meuble ; il est tout en cuivre nickelé. Le bouton A indique le point d'arrivée de l'eau ; il suffit de presser sur le bouton B pour faire jaillir l'eau afin de nettoyer le crachoir, qui peut ainsi toujours rester propre. Par une addition à ce bouton B on peut aussi puiser l'eau nécessaire à la toilette de la bouche.

Sur la tablette de dessus, qui est en marbre noir, il existe à côté du robinet de pression, la place suffisante pour déposer deux verres. La cuvette est en verre rouge, le sang y paraît moins et en cas de casse elle peut se remplacer facilement.

Les eaux sales s'écoulent par le tube et peuvent être dirigées dans le tuyau des eaux fluviales ou ménagères. Un siphon adapté à ce tuyau empêche toute émanation.

Le point D indique l'écrou fixant l'appareil et sur lequel il pivote.

Le prix de ce crachoir est de 250 francs et M. Camoin, pour être agréable à ses confrères, se met entièrement à leur disposition pour donner toute explication complémentaire.

Je crois ce modèle appelé à un certain succès et nous devons remercier notre aimable confrère de nous l'avoir fait connaître.

III. — Don au musée, par M. Hofzumahaus.

M. Choquet présente une collection de modèles destinés à l'enseignement, dus à M. le Dr Röse, de Munich, et généreusement offerts au musée de l'École par M. Hofzumahaus, et donne la description de chacun.

Modèles pour la démonstration du développement des dents humaines, d'après le traité du Dr Rœse : « Développement des Dents humaines. » (*Archives d'Anatomie microscopique*, Vol. XXXVIII, 1891) préparés d'après nature par F. Ziegler.

Les originaux de ces modèles ont été préparés par le Dr Röse à l'Institut anatomique Impérial de Berlin dirigé par le professeur Dr O. Hertwig.

Sur ces modèles, le cordon et la disposition des dents sont exactement copiés d'après des modèles originaux. Les parties devant démontrer les maxillaires et la bouche, Nos 3 et 4, sont modelés d'après nature.

Modèles :	1, 2, 3, et 4	— agrandissement	25	fois.
—	5,	— —	40	—
—	6,	— —	15	—

Dans ces modèles ne sont représentées que les formations *épithéliales*, par conséquent, la *pulpe mésodermale* est toujours représentée par un *vide*.

Les couleurs sont indiquées comme il suit :

Jaune-rouge. — Épithélium de la bouche, maxillaire et lèvre.

Verdâtre. — Cordon du follicule.

Blanc. — Epithélium externe de l'organe de l'émail.

Epithélium de la surface externe du follicule dentaire.

Rose. — Pulpe de l'émail (tissu gélatineux de l'organe de l'émail.)

Jaune. — Email.

Bleu. — Dentine.

Mod. 1. — Bouche de fœtus de 2,5 centimètres de longueur. Présente l'entrée de la bouche avec une partie des lèvres et de la muqueuse buccale. Dans les deux mâchoires le cordon du follicule (vert) se présente comme une lisière courbe dirigée en arrière.

Sur le maxillaire inférieur on voit déjà un bord surélevé et des gonflements partiels.

La lisière des lèvres est comme l'*épithélium* de la cavité buccale, jaune-rouge.

Mod. 2. — Même agrandissement ; mêmes formations chez un fœtus de 4 centimètres. Le cordon du follicule seul est changé : son bord libre s'est épaissi, de place en place en forme de cloche et s'est entouré à cet endroit d'un bourgeon de tissu conjonctif, papille ou pulpe. (Des auteurs anciens prétendaient que la pulpe se retroussait dans le cordon épithélial). A chaque mâchoire nous apercevons les dispositions de dix dents de lait. Les parties intermédiaires du cordon commencent déjà à proliférer irrégulièrement. Le bord libre du cordon est ondulé.

Mod. 3. — Maxillaire supérieur, fœtus, de 11 1/2 centimètres, quatorze semaines. Comme sur le modèle original n'étaient représentés que le cordon et les épithéliums voisins du maxillaire, nous avons pris modèle sur un autre fœtus du même âge.

Le cordon épithélial ne se dirige plus directement en arrière, mais il fait une légère courbe en arrière en haut et en bas dans le mésoderme du maxillaire. Sur celui-ci les proliférations ou bourgeons dont nous parlions tout à l'heure sont déjà augmentés.

Le bord libre est toujours ondulé. Sur ces petits gonflements en avant et en haut nous trouvons les *dispositions dentaires* comparables à des nids d'hirondelles sur une poutre mince.

La cavité pulpaire des dents s'approfondit. Aux dents de lait on remarque de petites sections. En général les dispositions dentaires montrent la tendance à se séparer du cordon et ce processus de séparation est plus avancé pour les incisives. Derrière la deuxième molaire de lait le cordon de chaque côté croit en arrière et finit en une feuille fine d'épithélium. La communication du cordon avec l'épithélium du maxillaire est déjà suspendue en partie par des processus de réduction (ou résorption). La communication est représentée à la surface de l'épithélium maxillaire par un léger *sillon* — appelé sillon dentaire. Ce sillon sur ce modèle prend son trajet sur le côté extérieur du rempart maxillaire seulement.

Mod. 5. — Moitié gauche du maxillaire inférieur d'un fœtus de 18 centimètres de longueur (Age, dix-sept semaines). Par la croissance des dents de lait la configuration de la mâchoire s'est changée de façon que le sillon dentaire qui fait la communication entre le cordon et l'épithélium du maxillaire est quelquefois très profond, quelquefois à peine visible, quelquefois même double, selon les dispositions irrégulières du cordon. Ce dernier montre maintenant, à part ses proliférations, des phénomènes de réduction.

Les dents de lait ne communiquent avec le cordon que par des « ponts plus ou moins larges » et qui sont tout à fait étranglés.

Plus loin en arrière le cordon croît sous forme d'un plateau indépendant. La section de la cavité pulpaire est très visible dans les molaires de lait.

Le bout du cordon en arrière de la deuxième molaire de lait s'est épaissi et entoure la papille de la première grosse molaire permanente.

Mod. 5. — Les deux incisives du maxillaire inférieur. Côté droit d'un fœtus du 30 centimètres de longueur à l'âge de vingt-quatre semaines. Le cordon folliculaire et une partie de l'épithélium du maxillaire autant qu'il est contenu dans le sillon dentaire. Pour bien comprendre ce modèle, il faut songer que le sillon dentaire a été déplacé à la surface postérieure du maxillaire.

Ces dents sont déjà assez avancées dans leur développement et possèdent chacune des traces de dentine (en bleu) et d'émail (en jaune). L'épithélium de l'émail extérieur est troué de place en place, et l'on y aperçoit l'organe de l'émail (pulpe de l'émail) coloré en rose.

Les mailles entre ces trous sont épaissies. Le cordon est aussi perforé comme une passoire et pourvu d'excroissances et de proliférations.

Seulement à deux endroits bien distincts à côté des dents de lait, le cordon n'est pas troué, mais au contraire enflé sous forme de crosse et entoure à ces points les papilles des incisives permanentes.

L'épithélium de ces papilles est coloré en *rouge foncé*.

Les papilles des dents permanentes sont de nouveau placées à côté du cordon dans la direction des dents de lait. Il faut donc regarder le modèle d'en bas pour les voir.

La disposition d'une troisième dentition éventuelle répétée de la même façon serait donc à priori possible.

Mod. 6. — La troisième molaire de lait (en grande partie) et la première grosse molaire permanente (plus petite partie) du maxillaire inférieur gauche d'un fœtus très peu de temps avant sa naissance, en rapport avec le cordon et une partie de l'épithélium de l'angle du maxillaire.

On s'oriente tout de suite en l'examinant.

Mod 4. — Le cordon (qui était déjà troué comme une passoire, au niveau des incisives) présente encore au moment de la naissance à ses parties postérieures un plateau solide.

Ce plateau communique encore par divers points avec l'épithélium de la muqueuse de la bouche. Derrière l'angle de la mâchoire le cordon toujours en forme de plateau devenant de plus en plus étroit s'en va dans le mésoderme et se termine à la première grosse molaire permanente qui est située profondément dans l'os de l'angle de la mâchoire.

Il est attaché par un pont court et large à l'organe de l'émail de cette dent.

Le pont de communication entre le cordon et la deuxième molaire de lait est troué en partie.

L'épithélium externe de l'émail est troué aussi de façon que l'on aperçoit la pulpe de l'émail (organe de l'émail) comme un point (rose).

A cet état la disposition des prémolaires n'est pas encore visible. De même pour la deuxième grosse molaire permanente, dont on ne voit aucune disposition.

Seulement, après la naissance, le bout du cordon folliculaire dépasse la première grosse molaire pour engendrer les molaires suivantes.

La formation des prémolaires ne commence que vers la fin de la première année.

Discussion.

M. Lemerle. — L'auteur nous demandant nos critiques, d'après ce que nous dit M. Hofzumahaus, je me permettrai de faire remarquer que le Dr Röse a oublié de faire figurer les fibrilles de Tomes. De plus, beaucoup de ces pièces se répètent ; enfin il manque une section de dent du bas donnant la topographie de la chambre pulpaire, pour enseigner l'ouverture des canaux. Nous n'en remercions pas moins M. Hofzumahaus d'offrir à l'École cette collection, qui servira à l'enseignement de nos élèves.

M. Godon. — J'ai remarqué en Amérique combien l'enseignement préparatoire est développé au moyen de modèles avant de se faire à l'aide du malade. Cette question est très importante, puisqu'on se plaint de la pénurie des malades, et vous aurez prochainement à examiner en assemblée générale l'admission des malades au Dispensaire. Une ressource pour obvier à cette pénurie, c'est de faire travailler les élèves sur des pièces de ce genre. Nous avons déjà essayé la création d'un cours préparatoire de 3 mois (il

dure un an en Amérique), car il vaut mieux casser un modèle en plâtre ou en bois que de casser la dent d'un malade. M. Hofzumahaus a vu à Berlin des élèves travailler sur des modèles en plâtre. Ces procédés vont nous permettre d'organiser cet enseignement et de ne confier les malades qu'aux élèves ayant déjà passé un an à l'école.

IV. — Cas de nécrose du maxillaire inférieur chez une loutre, par M. Choquet.

M. Choquet présente le crâne d'une loutre nécrosé au maxillaire inférieur, sans dent cariée ; un trajet fistuleux existait au maxillaire gauche et les incisives étaient absentes. Il ajoute : « Ces cas d'anatomie pathologique ne sont pas rares chez certains animaux. J'ai chez moi un maxillaire inférieur de cerf qui portait une nécrose étendue et les dents de la partie nécrosée étaient tombées dans la cavité formée dans le maxillaire inférieur.

Je vous présente également une première petite molaire supérieure gauche avec une fracture des racines qui s'est consolidée par la suite (cette pièce vient du musée) ; je crois à une soudure.

Je vous présente enfin un cas d'ankylose alvéolo-dentaire.

La séance est levée à 11 heures 1/4.

Le Secrétaire général.
Choquet.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

Séance du 17 *juillet* 1899.

Présidence de M. Cruet.

Un cas de résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante chez un adulte, par M. le Dr Gires.

M. Gires cite l'observation d'un cas de résorption de deux racines d'une seconde molaire supérieure vivante chez un adulte.

Il présente cette dent et fait remarquer que la surface de résorption des deux racines offre l'aspect rugueux et granulé qu'on observe sur les racines résorbées des dents temporaires ; la pulpe et les nerfs étaient restés bien vivants.

M. Gires ne sait trop à quoi attribuer cette résorption.

Discussion.

M. Sauvez rapporte une observation personnelle qu'il rapproche de celle de M. Gires.

Ayant pratiqué sur un garçon de 18 ans l'extraction d'une dent cariée, il remarqua que celle-ci présentait trois racines qui au pre-

mier abord semblaient cassées. Après un examen minutieux il constata que les racines de cette dent n'avaient jamais fait leur évolution, à la suite d'une carie perforante infectée. C'est là un cas un peu différent de celui cité par M. Gires, mais que l'on peut en rapprocher. Ce qui est curieux dans l'observation de M. Gires, c'est le mode de résorption des racines. M. Sauvez n'a jamais eu à observer que des pseudo-résorptions et des résorptions avec croûte osseuse.

M. Cruet demande à M. Gires s'il a enlevé en totalité les nerfs de cette dent qu'il considérait comme vivante.

M. Gires. — Les nerfs enlevés avaient la longueur du moignon.

M. Cruet considère l'observation de M. Gires comme presque unique en son genre. M. Sauvez a parlé d'un cas particulier dans lequel la résorption débutant par l'extrémité des racines avait amené la résorption de la dentine sur une dent depuis longtemps infectée et atteinte de périostite chronique : des cas analogues ne sont pas rares. M. Cruet remarque dans les pièces montrées par M. Gires que la résorption des racines est très irrégulière : il pense que les deux racines ont été cassées.

M. Gires. — Si l'on examine attentivement la pièce, on reconnaîtra facilement les caractères de la résorption, surtout si l'on compare la surface résorbée avec le petit éclat lisse que je faisais remarquer tout à l'heure.

M. Pitsch. — Il m'avait d'abord semblé que les racines de la dent présentée par M. Gires avaient été cassées, mais, après les avoir regardées attentivement à la loupe, je leur trouve l'aspect granulé de racines résorbées, et non l'aspect net et brillant d'une cassure. Pour moi, il n'y a pas de doute, les racines sont résorbées.

M. Gaillard. — Il y a des cas de résorption dans lesquels la pulpe reste intacte. Chez un sujet que j'ai eu l'occasion de soigner, j'ai observé la résorption de toutes les dents, les pulpes restant vivantes.

Quant aux phénomènes de résorption dus à la pression exercée par une dent de sagesse voisine, je ne les admets pas. Pour moi la dent permanente ne produit de résorption que sur les dents temporaires. Ce qui m'étonne dans l'observation de M. Gires, c'est que la résorption (car c'est bien de la résorption) n'ait porté que sur deux des racines, au lieu des trois.

M. Chompret rappelle le cas d'une femme de 30 ans neuro-arthritique qui a vu tomber toutes ses dents, dont les racines étaient résorbées : il n'y avait pas eu de suppuration.

M. Cruet fait observer que tous les cas dont viennent de parler ses collègues n'ont que peu de rapports avec celui de M. Gires.

(Extrait de la Revue de Stomatologie.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(*Séance du 9 novembre 1899*).

Féminisme. Action de la syphilis dans sa production. Pathogénie des malformations dentaires : leur transmissibilité héréditaire.

MM. Hallopeau et Léri présentent un adolescent de quinze ans, chez lequel on constate simultanément, comme attributs du féminisme, un développement considérable des seins, de l'obésité et une petitesse extrême du pénis et des testicules, et, d'autre part, des ulcérations qui donnent l'idée par leurs caractères objectifs de syphilides et cèdent au traitement par l'iodure de potassium et les applications locales de sublimé. Il y a aussi des altérations dentaires. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de MM. E. et A. Fournier qui comptent le féminisme parmi les altérations possibles de la syphilis héréditaire. Il n'existe pourtant chez ce jeune homme aucun des autres stigmates caractéristiques de cette maladie. Selon toute vraisemblance, le féminisme n'est pas, dans de pareils cas, un trouble de l'évolution générale de l'individu, mais il est dû sans doute à une localisation du virus dans le centre de développement des testicules. L'atrophie testiculaire suffit en effet à provoquer l'apparition de tous les attributs du féminisme.

M. Leredde dit qu'il serait utile de rechercher ici l'état du corps thyroïde, car ce sujet est peut-être en état d'hypothyroïdation. Son aspect général rappelle celui des myxœdémateux ; son adiposité, le développement minuscule de ses organes génitaux sont, à ce point de vue, particulièrement frappants ; et si l'atrophie testiculaire peut être l'effet de la spécificité, il n'est pas impossible non plus que le premier effet de spécificité ait été la lésion du corps thyroïde.

M. Barthélemy partage l'opinion de M. Leredde et il cite le cas d'un enfant né à terme, puis atteint, dans la suite, d'accidents myxœdématenx chez qui l'interrogatoire a révélé la syphilis paternelle. Il a fallu pour modifier cet état administrer de la thyroïdine, puis faire pratiquer des frictions mercurielles et donner de l'iodure.

M. Galippe dit que les altérations dentaires ne sont pas la marque certaine de la syphilis, car beaucoup d'anomalies dentaires passent directement des parents aux enfants ; elles sont simplement héréditaires sans que la syphilis ou d'autres tares les conditionnent. On ne tient pas compte dans la plupart des observations de l'état de la bouche du père et de la mère, et par là les documents sont entachés d'une cause d'erreur considérable.

(*Indépend. méd.*)



L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

COUR D'APPEL D'ORLÉANS

Présidence de M. Fachot, premier président.

Audience du 11 novembre 1899.

DENTISTE — LOI DU 30 NOVEMBRE 1892. — TRAITÉ AVEC UN NON-DIPLOMÉ. — NULLITÉ.

Aux termes de la loi du 30 novembre 1892, les opérations de dentisterie doivent être faites par un diplômé chirurgien-dentiste ; d'où résulte que le dentiste qui fait un traité avec quelqu'un non pourvu de ce diplôme ne peut en réclamer l'exécution, s'agissant d'ordre public. (Verdier c. Badert.)

Ainsi jugé :

La Cour,

Attendu qu'aux termes d'une convention passée entre Badert, dentiste, et Verdier, le 3 juillet 1895, celui-ci est entré chez Badert, en qualité de premier opérateur, et qu'il était stipulé que, s'il venait à le quitter, Verdier pourrait pratiquer l'art dentaire dans le Loiret pendant une durée de cinq ans ;

Attendu qu'après avoir assez longtemps associé Verdier à l'exercice de sa profession, Badert l'a congédié au mois de mai 1899, en le prévenant quinze jours d'avance ; qu'alors Verdier a cru pouvoir exercer pour son compte la profession de dentiste dans la rue Bannier à Orléans ;

Attendu que par suite Badert, excipant de la prohibition contenue dans le traité susénoncé, a assigné Verdier, pour obtenir la fermeture de son établissement et des dommages-intérêts ;

Attendu que, sur l'instance, le défendeur a, de son côté, réclamé des dommages-intérêts pour brusque renvoi ;

Attendu que devant la Cour Verdier excipe de la nullité du traité qui sert de base à la demande ;

Attendu, en effet, qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892, nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, à moins

qu'il ne justifie avoir été inscrit sur le rôle des patentes à la date du 1er janvier 1892 ;

Attendu qu'il est justifié que Verdier n'était point dans les conditions énoncées par ladite loi lorsqu'il fut engagé par Badert pour exercer chez lui toutes les opérations de dentisterie qui constituent sa profession ; que, dès lors, le traité du 3 juillet 1895 est radicalement nul dans toutes ses parties et qu'il ne peut servir de base soit à l'interdiction d'exercer la profession, soit à l'obtention de dommages-intérêts par l'une ou l'autre des parties, puisqu'il s'agit d'une nullité d'ordre public :

Attendu qu'en présence de cette solution, il n'échet d'examiner les autres difficultés soulevées pour les parties non plus que les faits de prétendue concurrence déloyale allégués par Badert, lesquels ne sont pas compris dans l'instance actuelle ;

Par ces motifs,

Réforme le jugement du Tribunal civil d'Orléans, en date du 19 juillet 1899, sans avoir égard aux moyens et conclusions de Badert ;

Déclare nul le traité dont s'agit ;

Rejette sa demande, et celle reconventionnelle de Verdier et dit que les dépens de première instance et d'appel seront supportés : 4/5 par Badert et 1/5 par Verdier.

Plaidants : Me CHAROY et RABIER, avocats.

OBSERVATION. — Conf. Cass. 19 novembre 1895.

(La loi, 15 décembre 1899.)



CORRESPONDANCE

Monsieur le directeur,

Je sais depuis longtemps que les Allemands exploitent leurs découvertes thérapeutiques. A vrai dire, pour ma part, je n'y vois pas grand mal : les savants ont le droit, aussi bien que tout autre, de mettre à profit le fruit de leur labeur. Ce qui est moins légitime, c'est de spéculer sur une prétendue découverte.

J'estime que c'est le cas de la dentine plastique du Dr Klein. Si M. Klein avait livré au public dentaire sa préparation comme un adjuvant au coiffage de la pulpe mise à nu ou comme un antiseptique puissant, il n'y aurait eu rien à dire ; mais il l'annonce comme un bouillon de culture du microbe de la carie, un serum dentaire, en somme. Là, on a le droit de se rebiffer, et cela d'autant mieux que M. Klein nous fait croire à sa parfaite connaissance du microbe.

Eh bien, il n'en est rien. Le produit appelé Dentine plastique peut avoir une petite valeur, mais il est loin d'être ce que M. Klein prétend. Sur mes instances, un bactériologiste de talent, M. le Dr Remlinger, chef du laboratoire militaire de bactériologie à Tunis, a examiné la dentine Klein et reconnu qu'elle est tout simplement un antiseptique. Par conséquent elle n'est nullement du domaine de la sérumthérapie.

J'ai prié alors M. François Malet, le distingué chimiste de l'Ecole d'agriculture de Tunisie, de vouloir bien en faire l'analyse.

Voici le résultat de ses recherches :

Sous-nitrate de bismuth	76,5 o/o
Matière grasse et eugénol	8.5 o/o
Camphre et eau	15 o/o

Pasteur, vous le voyez, n'a rien à faire en cette galère.

Je suis sûr, Monsieur le directeur, que vous vous joindrez à moi pour remercier MM. Remlinger et Malet du concours éclairé et *désintéressé* qu'ils ont apporté à la remise des choses au point.

Recevez, Monsieur le directeur, mes meilleures salutations.

EDOUARD LIÉGEY.
M. D. P.

Tunis, 1er décembre 1899.



M. DAMAIN

Nous reproduisons ci-après le discours prononcé par M. Godon aux obsèques de M. Damain.

Mesdames, messieurs,

Au nom de l'École dentaire de Paris, au nom de l'Association générale des dentistes de France, au nom du Comité d'organisation du Congrès Dentaire International de 1900, au nom de *L'Odontologie*, je viens apporter à la famille, aux amis de Damain, l'hommage de notre douloureuse sympathie dans le grand malheur qui vient de les frapper.

Quoique appartenant à un groupement professionnel distinct de celui qu'il dirigeait, nous n'en avons pas moins ressenti une peine profonde à la nouvelle de sa disparition si inattendue, et nous sommes venu ici mêler nos larmes aux leurs.

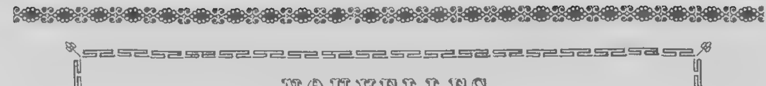
C'est qu'il a bien mérité aussi les regrets unanimes de la profession tout entière celui que nous pleurons aujourd'hui : non seulement il a été un praticien honnête, consciencieux, justement estimé et qui s'est acquis par son travail une situation honorable, mais encore il a été un confrère dévoué aux intérêts généraux de notre profession, et il a participé d'une manière utile, active et des plus importantes au mouvement réformateur qui s'est produit depuis vingt ans.

Vous avez entendu ceux de nos collègues qui ont été ses collaborateurs journaliers nous dire ici, avec une voix plus autorisée que la mienne, ses mérites et ses travaux, les services qu'il a rendus comme directeur de l'École odontotechnique, comme président de la Société Odontologique de France, comme directeur de la *Revue Odontologique*.

Je veux seulement rappeler que depuis longtemps déjà nous avions oublié les divergences de vues qui nous avaient séparés au moment de la fondation de nos sociétés et que nous marchions ensemble fraternellement unis pour tout ce qui pouvait contribuer à la grandeur et à la prospérité de nos écoles-sœurs, au bien de nos élèves ou à celui de la profession.

L'union s'était faite lentement, mais sûrement, et à mesure que se développait l'œuvre poursuivie, il apparaissait davantage combien nos revendications étaient communes. Aussi les liens qui nous unissaient, qui unissent et qui uniront de plus en plus nos deux sociétés et nos deux écoles se sont-ils de plus en plus resserrés. Toutes les œuvres qui se sont faites dans notre profession pendant ces dernières années se sont ainsi, grâce à Damain, faites en commun, comme nos divers congrès régionaux, comme l'organisation du Congrès international et il a sa grande part dans leur succès.

C'est pourquoi tous, membres de l'une ou l'autre société, nous venons pleurer ensemble le bon confrère qui a aimé vraiment sa profession et l'a si bien servie et qu'au nom de la grande famille professionnelle en deuil nous lui adressons le dernier adieu. Adieu, Damain, adieu !



Une nouvelle Société dentaire.

Nous apprenons la formation d'une *Société dentaire des hôpitaux et hospices de Paris et du département de la Seine.*

Nous félicitons nos confrères de leur heureuse initiative en face de la Société des Stomatologistes des hôpitaux. Nous allons donc enfin avoir une société capable de poursuivre et de défendre près de l'Assistance publique et de l'Administration supérieure l'organisation des services dentaires hospitaliers tels que la comprennent les Odontologistes du monde entier.

Nous donnerons dans un prochain numéro des détails plus complets sur l'organisation de cette nouvelle société.

Bureau de la Société de Stomatologie.

Il a été procédé, dans la séance du mardi 19 décembre de la Société de Stomatologie, à l'élection du Bureau.

Ont été nommés :

Dr Cruet, *Président.*
Dr Sébileau, *Vice-Président.*
Dr Chomprez, *Secrétaire-général.*
Dr Rodier, *Trésorier.*
Dr Dumont, *Bibliothécaire.*
Drs Lucius et Bloch, *Secrétaires des séances.*

École dentaire de Lyon.

Nous avons reçu la première circulaire annuelle de l'Ecole dentaire de Lyon dont l'ouverture a eu lieu le 20 novembre.

Le bureau du conseil de direction est ainsi composé :

Président-Directr :	Dr Pont.	*Secrétaire pr l'étranger:*	Harwood
Vice-Présidents	Ravet. / E. Bonnaric.	*Conservateur :*	Rouvier.
Secrétaire général :	Vichot.	*Bibliothéraire :*	Pilloy.
Trésorier :	J. Bonnaric.	*Econome :*	Crouzet.

Récompense.

Nous avons le plaisir d'apprendre que la *Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de police*, dans sa séance du 3 décembre tenue à la Sorbonne, sous la présidence de M. le Ministre de l'Intérieur, a décerné une médaille de bronze à notre confrère M. L. Levadour, pour services rendus à la Société. Nous lui adressons à ce sujet toutes nos félicitations.

E. P.

DERNIÈRE HEURE

Cour d'appel de Paris.

La Cour d'appel de Paris, après avoir entendu les conclusions du ministère public, a confirmé, par un arrêt du 22 décembre, le jugement du tribunal de première instance dans le procès à propos du titre de chirurgien-dentiste intenté par le Syndicat des chirurgiens-dentistes à notre confrère M. Levadour.

M. Colin Logan.

On nous apprend le départ de M. Colin Logan, de la maison C. Ash et fils, dont il gérait le dépôt de Paris depuis nombre d'années.

Il était le fondateur et l'éditeur du *Progrès dentaire* dont la publication remonte au mois de janvier 1874. Tous ceux de nos confrères qui pratiquaient déjà à cette époque lointaine se rappellent la satisfaction que causa la fondation de cet organe professionnel, le seul alors existant en France.

Nous adressons à ce vétéran du monde professionnel tous les regrets que nous cause sa retraite, bien méritée par cinquante-deux années de services dans la maison C. Ash et fils.

E. P.

M. Parcy C. Ash.

Messieurs C. Ash et fils de Londres ont confié la direction de leur maison de Paris à M. Parcy C. Ash auquel nous présentons tous nos souhaits de bienvenue.

E. P.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1899.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

FORMULAIRE.

ILLUSTRATIONS.

FIGURES

INTERÊTS PROFESSIONNELS.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

LIVRES ET REVUES.

REVUE ET TRAVAUX DE L'ÉTRANGER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHIGRAPHIE.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TRIBUNE OUVERTE.

VARIA.

Châteauroux.— Imp. A. MAJESTÉ et L. BOUCHARDEAU. — A. MELLOTTÉE, succr